Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

VINGT-CINQUIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME V : 1897 (Janvier-Juin)

Illustré de 53 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), **AIGRE** (D.), **BALLET** (G.), **BARATOUX** (J.), **BITOT** (P.), **BLANCHARD** (R.), **BONNAIRE** (E.), **BOTTEY** (F.), **BOUTEILLIER** (G.), **BRISSAUD** (E.), **BUDIN** (P.), **BUTTE** (L.), **CAPUS** (G.), **CHABBERT**, **CHARCOT** (J.-B.), **COMBY** (J.), **CORNET** (P.), **CORNILLON** (J.), **DARIER**, **DAURIAC**, **DEBOVE**, **DUPLAY**, **DUPUY** (L.-E.), **FÉRÉ** (CH.), **GILLES DE LA TOURETTE** (G.), **JOSIAS** (A.), **JOFFROY**, **KERAVAL**, **KOENIG**, **LANDOUZY** (L.), **LAVERAN** (A.), **MAGNAN**, **MALHERBE** (A.), **MARCANO** (G.), **MARIE** (P.), **MARTHA**, **MAUNOURY** (G.), **MAYGRIER**, **MIRALLIÉ**, **MONOD** (CH.), **MUSGRAVE-CLAY** (R. de), **NAPIAS** (H.), **NOIR** (J.), **PELTIER** (G.), **PETIT-VENDOL** (CH.-H.), **PHISALIX**, **PIERRET**, **PILLIET** (A.), **PITRES**, **PLICQUE**, **POIRIER** (P.), **PONCET** (de Cluny), **POZZI**, **RANVIER**, **RAOULT** (A.), **RAYMOND** (F.), **RAYMOND** (P.), **REGNARD** (P.), **REGNAULT** (F.), **RÉGNIER** (L.-R.), **RENAUT** (J.), **REVERDIN** (de Genève), **RICHER** (P.), **ROUBINOVITCH**, **ROUSSELET** (A.), **SÉGLAS**, **SEVESTRE** (A.), **SIMON** (J.), **SOLLIER**, **SOREL** (R.), **TARNIER**, **TEINTURIER** (E.), **TERRIER** (F.), **TILLAUX**, **TROISIER**, **VIGOUROUX** (R.), **VILLARD** (F), **YVON** (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MEMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Audry (M.), **Benedikt** (M.), **Boissier**, **Boncour** (P.), **D'Arman**, **Guisy** (B.), **Jonnesco** (Th.), **Kanellis** (S.-J.), **Kardanakis** (J.-P.), **Lebovici** (L.), **Lirmin-Lipman**, **Mallat**, **Merle** (L.), **Mettetal**, **Rellay**, **Segond** (P.), **Souligoux**, **Spillmann**, **Tarnowski** (B.), **Terson** (A.), **Vaquez** (H.), **Veau** (V.).



PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

Le Progrès Médical

1897

PREMIER SEMESTRE

3e SÉRIE. T. V. N° 1 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 2 JANVIER 1897

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Influence du traumatisme sur l'apparition de la goutte ;

Par M. le Dr CORNILLON (de Vichy).

Le traumatisme est souvent la cause directe du rhumatisme, mais exceptionnellement celle de la goutte ; toutefois, il n'est pas rare de voir des rappels d'accès de cette dernière affection, à la suite d'une violence extérieure. Est-ce à dire pour cela qu'un choc ait le don de créer de toutes pièces l'une ou l'autre de ces deux diathèses ? Nous ne le pensons pas. Pour qu'il lui donne naissance, il faut qu'il ait affaire à des individus prédisposés. Son rôle se réduit donc à ceci : rendre apparente une maladie latente jusqu'alors. C'est déjà beaucoup, car, sans son intervention, les malades eussent échappé pour longtemps et peut être toujours à des souffrances intolérables et répétées, qui ne sont pas toujours sans danger pour la vie. Nous ne dirons rien du rôle pathogénétique du traumatisme dans le rhumatisme, parce qu'il est trop connu ; nous parlerons seulement de celui qu'il joue dans la goutte, parce qu'il l'est moins.

Un homme de cinquante-trois ans, se fit, le 1er mai 1887, une luxation de l'épaule gauche en tombant. Son médecin réduisit sur le champ la luxation ; mais trois jours après il se produisit de la tuméfaction du genou gauche avec rougeur et chaleur ; le lendemain, le gros orteil du même côté se prenait à son tour. En quelques jours, toutes ses articulations étaient redevenues libres, mais alors le genou droit se prit ; puis, le gros orteil se trouvant embarrassé, son médecin appela un de ses confrères en consultation ; et, ils portèrent ensemble le diagnostic de goutte. Ils administrèrent du salicylate de soude et au bout de deux semaines cet accès était enrayé.

Le 13 juin 1891, pendant qu'il buvait des eaux de Vichy, ce malade éprouva, en se levant, de la démangeaison à la main gauche, et le soir le dos de sa main était enflé, rouge et douloureux. Le lendemain, la main tout entière était gonflée et trois ou quatre jours après, ce léger accès de goutte s'éteignait sur place.

Pendant l'hiver de 1891-1892, cet homme ressentit à la suite d'une douche froide donnée par inadvertance, un accès de goutte qui se fixa sur le genou droit et dura une semaine. Il fut moins douloureux que le premier, et plus que le second.

Dans ce cas, l'apparition d'un accès de goutte aiguë se produisit immédiatement après la luxation de l'épaule gauche et affecta la plupart des articulations, sauf celle qui avait été contusionnée. Si, j'en juge par le petit nombre de faits que j ai observés, l'accès n'évolue par généralement ainsi ; il frappe tout d'abord les jointures qui sont le siège du traumatisme, et ultérieurement les autres. Parfois même il s'attaque exclusivement à la jointure contusionnée, et, s'il ne survient pas plus tard un nouvel accès, cette localisation peut donner lieu à des méprises.

Le 1er mars 1895, un habitant des montagnes de la Suisse, glissa sur la glace, et, afin d'échapper à une chute, se raidit brusquement ; en se redressant, il ressentit une vive douleur au pied droit. Le soir, le gros orteil était gonflé, rouge et fort douloureux. Ce malade appela alors son médecin, qui diagnostiqua un accès de goutte et prescrivit un liniment calmant, qui n'apaisa pas les souffrances, si bien qu'il fut obligé à minuit de faire une injection de chlorhydrate de morphine. Après douze jours d'immobilité, le gonflement et la rougeur avaient disparu. Le 25 janvier 1896, nouvelle apparition de la goutte au même orteil, sans cause extérieure appréciable ; mais cette fois l'accès fut moins douloureux et surtout moins long que le précédent, car il ne dura que six jours.

Dans ces deux cas, le premier accès de goutte se déclara immédiatement après l'accident, et. suivit une marche aiguë ; dans celui-ci, l'accès eut lieu longtemps après la chute et sa marche fut subaiguë. Avant d'éclater, il sembla attendre que la convalescence eut commencé à s'établir, et que l'action du traumatisme fut un que épuisée.

Le 6 août 1893, M. X... fit une chute en voiture, et bien qu'il n'eut ni fractures ni luxations, il garda le lit ou la chambre pendant un mois au moins, tant les contusions étaient étendues et profondes. En novembre, il commençait à reprendre sa vie habituelle, lorsque apparut un accès de goutte aux mains et aux épaules, ainsi qu'aux autres articulations qui avaient touché le sol. Il y eut peu de tuméfaction et peu de douleur, mais impossibilité de faire un mouvement. L'accès dura environ un mois et demi et laissa après lui une demi ankylose des articulations des doigts de chaque main, sauf du pouce qui resta constamment indemne. A partir de ce moment, M. X... ne put plus fermer complètement la main, et, au niveau des articulations des phalangettes avec les phalangines, il se forma des nodosités douloureuses. Sous l'influence des douches et du massage, les mouvements revinrent peu à peu ; néanmoins, trois ans après l'accident, il ne pouvait encore fléchir dans la paume de la main le doigt indicateur.

Nos malades, appartenant tous à la classe aisée de la société, vivant dans l'oisiveté et le bien-être ou restant assis la plus grande partie de la journée devant un bureau, étaient prédisposés certainement a une affection dyscrasique. Comptaient-ils, en outre, des podagres parmi leurs ascendants? Je l'ignore ; au reste ce détail n'offre qu'une importance secondaire, car, sans l'accident dont ils furent les victimes, ils auraient échappé à la goutte pendant longtemps et peut-être toujours. Les uns et les autres devaient, en effet dépasser de beaucoup la cinquantaine, et, si cette affection ne s'était pas déclarée d'une façon aussi imprévue. ils auraient vraisemblablement terminé leur carrière, sans être incommodés par elle. Nous ferons de plus remarquer que si chez ces trois personnes, le traumatisme déchira le voile qui cachait la goutte, l'apparition de ce facteur nouveau n'influença en rien la marche du traumatisme en lui-même, car luxation de l'épaule et contusions guérirent dans le délai habituel.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

CLINIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES DE SAINT-PÉTERSBOURG.
M. le Pr **B. TARNOWSKI**.

Le réflexe tendineux du genou dans la syphilis;
(*Suite*) (1).

Par le Dr VALENTIN ZAROUBINE.

Une autre particularité intéressante que j'ai trouvée chez le même malade s'explique aussi par cette torpeur de sa sphère réflexe : *l'élévation de l'excitabilité des réflexes tendineux était suivie par sa chute non seulement au-dessous de la normale, mais jusqu'à son abolition complète;* il nous fut impossible de provoquer le phénomène du genou dans les conditions ordinaires de l'expérimentation. Ainsi, nous fûmes obligés de recourir à des procédés spéciaux pour provoquer le phénomène du genou. Jendrassik (2) proposa à cet effet d'exciter avec force les muscles éloignés, par exemple, d'étendre les doigts fermés des extrémités supérieures. En employant le procédé Jendrassik, nous réussîmes à provoquer le réflexe tendineux du quadriceps fémoral, bien qu'à un degré faible, comme cela se voit des chiffres ci-dessus mentionnés.

OBSERVATION III.

Jean B..., paysan, marchand bourrelier, 44 ans, reçu à la clinique du Pr Tarnowski le 23 mars 1892. Le malade s'aperçut le 20 février d'une ulcération sur son pénis à la suite d'un coït ayant eu lieu deux semaines avant l'accident.

Etat présent. — 24 *mars*. Le malade est très pâle, anémique, mal nourri, de petite taille. Poids du corps 52 kil. 180 Présente une sclérose syphilitique initiale, très considérable, tombant en détritus, gangréneuse, occupant la région du frein et de la face inférieure du gland, excessivement riche en sécrétion. Adénites multiples indolentes dans les aines. Polyadénite généralisée. Ordonnance : natrum sozojodolicum sur l'ulcération. j. d., 19; j. g., 17.

25 *mars*. J. d. 20; j. g. 18. — 26. J. d., 22; j. g. 24. — 27. L'ulcération s'est débarrassée de la masse noirâtre, laisse suinter du sang. Sécrétion abondante, j. d., 21; j. g., 20. — 28. J. d., douloureuse à l'endroit touché par la pierre infernale; j. g., 20. — 29. J. d., 25; j. g., 20. — 30. L'ulcération se dégage et prend une nuance rosée, j.d.. n'a pu être examinée pour la même raison; j. g., 25. — 31. J. d , 20; j. g. 19.

1er *avril*. Il n'y a plus de détritus dans l'ulcération ; la sécrétion liquide est assez abondante. Ordonnance : emplâtre mercuriel sur l'ulcération, j. d., 21 ; j. g., 20. — 2. J. d., 23 ; j. g. 21. — 3. J. d., 28 ; j. g., 29. — 4. J. d., 26 ; j. g., 30. — 5. L'ulcération est en voie de granulation. Epaississement caractéristique des bords et du fond de l'ulcération, j. d. 28 ; j. g., 26. — 6. J. d., 30, j. g., 25. — 7. Se plaint de fortes sueurs nocturnes, j. d., 29 ; j. g., 27. — 8. Cinq efflorescences de roséole, qui se transforment en papules, se présentent à l'épaule droite ; mêmes efflorescences à l'épaule gauche ; quatre papules sur le côté droit. Le malade a fortement transpiré pendant la nuit, j. d., 51; j. g. 50. — 9. J. d. 31 ; j. g., 29. — 10. J. d. 26; j. g.. 18. — 11. Injection intermusculaire de 0 gr. 03 de salicylate de mercure, j. d., 28 ; j. g. 25. — 12. La roséole s'est nettement transformée en une éruption raro, largement papuleuse. Angine érytémateuse, j. d., 31 ; j. g. 25. — 13. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., 29 ; j. g., 23. — 14. J. d.. 29; j. g. 26. — 15. J. d., 25; j. g. 23. — 16. L'éruption papuleuse entre en desquamation. Injection de 0 gr. 06 de salycilate de mercure, j. d., 21 ; j. g., 20. — 17. J. d , 20 ; j. g., 21. — 18. L'ulcération s'est cicatrisée. Les glandes inguinales et les ganglions multiples sont assez volumineux. L'éruption a presque disparu. A la demande pressée du malade, on lui délivre son exeat pour qu'il continue le traitement à titre d'externe. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., 20 ; j. g., 20.

Ce cas sert à confirmer le lieu qui rattache incontestablement les troubles dans la sphère des réflexes à la syphilis dans la période primitive de l'éruption, car le fait suivant en est la preuve éloquente. *Simultanément avec l'apparition chez le malade des symptômes secondaires en forme d'éruption papuleuse, on constatait une recrudescence énorme de l'excitabilité réflexe, comme l'écho qui accompagne l'émission du son.* On a remarqué dans la présente observation, comme cela se voit des chiffres mentionnés, une certaine augmentation de l'excitabilité réflexe un peu avant la manifestation de cette élévation colossale des réflexes rotuliens, avec le développement simultané de la syphilide cutanée. Parmi les symptômes généraux de cette seconde période d'incubation on a remarqué dans le cas en question une hyperhydrose excessive. (Pour ce malade, voir plus haut, dans le texte).

OBSERVATION IV.

Grégoire S..., soldat, 26 ans, entra dans la clinique du Pr Tarnowski le 24 mars 1892. Au dire du malade, deux semaines après un coït impur, le 3 mars, il s'aperçut d'une ulcération sur les téguments extérieurs de son pénis; le phimosis se développe en même temps.

Etat présent. — 26 *mars*. Le malade est de haute taille, de très robuste constitution, les muscles bien développés. Poids du corps 77 kil. 590. A l'examen des parties génitales on a constaté ce qui suit : sur le dos du pénis s'épanouit une tache d'un rouge sombre, couverte de cicatrices, infiltrée, dure, arrondie, de la grandeur de dix sous, à centre légèrement déprimé ; l'infiltration des tissus est nettement délimitée. Œdème inflammatoire du prépuce de dimensions monstrueuses, ayant déterminé le phimosis ; sécrétion abondante d'une matière purulente par les orifices cutanés ; la palpation à travers le feuillet externe du prépuce démontre la présence d'une induration dans l'épaisseur du feuillet interne, bien délimitée, à résistance cartilagineuse. Polyadénite généralisée. Les engorgements multiples indolents des ganglions dans les aines firent suspecter chez lui la syphilis, et cette présomption fut confirmée dans la suite. Les téguments sont modifiés par la présence de l'acné seulement. Ordonnance : emplâtre mercuriel à l'endroit où se trouvait le chancre : 0 gr. 06 à 30 gr. la solution de nitrate d'argent pour le lavage du sac préputial; emplâtres mercuriels sur les ganglions inguinaux; j. d.. 3, j. g., 3.

27. *mars*. J. d., 5 ; j. g..5.— 28. La sécrétion du sac préputial a diminué; J. d.. 5; j. g. 5.— 29. J. d., 4 ; j. g., 5.— 30. Amygdalité hypertrophique intense ; j. d. 4; j. g. 5. — 31. J. d.. 5 ; j. g. 4.

1er *avril*. J.d., 7 : j. g., 6.— 2. J. d., 5 ; j. g., 5. — 3. J. d., 4 ; j. g., 4. - 4. J. d., 5 ; j. g., 4. — 5. J. d., 5 ; j. g., 5. — 6. Fortes sueurs nocturnes. Sur les parties latérales du thorax une roséole assez abondante; j. d., 17 ; j. g., 13. — 7. Epanouissement de la roséole sur le dos, l'abdomen et les extrémités supérieures: injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d..12, j. g., 15. — 8. Roséole nettement accentuée sur le thorax, le dos, l'abdomen et les extrémités supérieures; j. d., 10; j. g., 8. 9. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure; j. d.. 12 ; j. g., 13. — 10. La roséole a perdu ses contours, elle pâlit; j. d., 7 ; j. g. 10. — 11. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure, j. d., 14 ; j. g., 12. — 12. J. d., 10 ; j. g., 8. — 13. La roséole est à peine visible, par places elle a complètement disparu. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure : j. d., 7 : j. g., 10. — 14. Phimosis en même état. Ordonnance : iodoforme 4 gr., huile de vaseline 30 gr. pour le sac préputial: j. d., 9 . j. g., 12. — 15. J. d., 6 : j. g., 8. — 16. La roséole a disparu. Les ganglions des aines diminuent : j. d., 4 : j. g.. 8.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 51 et 52 (1896).
(2) Ernst Jendrassik. — *Deutsches Archiv für Klinische Medicin*, Bd. XXXII. P. 177. « Beitrage zur Lehre von den Sehnen Reflexen ».

— 17. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure : j. d., 4 ; j. g., 8 : 18. J. d., 5 ; j. g., 8. — 18. J. d., 5 ; j. g., 8. — 19. J. d., 3 ; j. g., 6. — 20. La sécrétion du liquide purulent par les orifices cutanés est assez abondante. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d., 3 ; j. g., 5. — 21. J. d., 0 ; j. g., 2. — 22. J. d., 1 ; j. g., 2. — 23. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d., 3 ; j. g., 4. — 24. J. d. 1 ; j. g., 3. — 25. Les ganglions dans les aines diminuent ; j. d., 2 ; j. g., 2. — 26. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d., 1 ; j. g., 4. — 27. J. d., 1 ; j. g., 3. — 28 J. d., 3 ; j. g., 3. — 29. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d., 1 ; j. g., 3. — 38. On parvient difficilement à débarrasser le malade de son phimosis ; j. d., 2 ; j. g., 2.

1er *mai*. J. d., 2 ; j. g., 3. — 2. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d. 2 ; j. g., 8. — 3. Les ganglions des aines ont fortement diminué ; j. d., 3 : j. g., 2. — 4. J. d., 2 ; j. g., 4. — 5. Le phimosis a été enlevé ; sur le feuillet interne du prépuce se présente une ulcération en voie de cicatrisation avec un fond infiltré. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. Ordonnance : 0 gr. 02 à 30 gr. de nitrate d'argent sur l'ulcération du sac préputial : j. d., 0 ; j. g., 0. — 6. J. d., 2 ; j. g., 3. — 7. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d., 4 ; j. g.. 3. — 8. Les ganglions dans les aines ont diminué de moitié. L'ulcération sur le feuillet interne du prépuce s'est cicatrisée ; j. d., 1 ; j. g., 2. — 9. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d., 3 ; j. g., 6. — 10. J. d., 3 ; j. g., 5. — 11. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d., 0 ; j. g., 0. — 12. J. d., 1 ; j. g., 2. — 13. J. d., 1 ; j. g., 2 ; injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. — 14. J. d., 2 ; j. g., 2. — 15. J. d., 1 ; j. g., 2. — 16. La polyadénite généralisée existe encore à un faible degré. La tuméfaction des ganglions dans les aines a singulièrement diminué. Tous les autres symptômes de la syphilis ont disparu. L'état général du malade est satisfaisant. Il obtient son exeat. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure ; j. d., 2 ; j. g., 2.

Le point important de ce cas se résume à ce qui suit. On observe *un ralentissement assez notable de la conductibilité simultanément avec l'élévation de l'excitabilité réflexe*. Jusqu'à présent, je n'ai observé qu'une seule fois ce phénomène ; dans le cas présent, il est tout à fait problématique.

Le cas en question est aussi remarquable par ce fait que simultanément avec le développement d'une polyadénite généralisée on a pu observer chez notre malade une hypertrophie identique des amygdales à la fin de la deuxième période d'incubation.

Observation V.

Serge S..., 32 ans, officier, entra dans la clinique du Pr Tarnowski le 17 avril 1892. Le 17 mars, le malade s'aperçut d'une ulcération sur son pénis, trois semaines et demie après un coït impur. Le père de ce malade avait eu une nécrose des os du nez d'origine syphilitique (nez enfoncé en forme de selle).

Etat présent. — *17 avril*. Le malade est de taille moyenne. Constitution et nutrition excellentes, tempérament sanguin. Sur le pourtour du gland deux scléroses initiales typiques. Les glandes inguinales et les ganglions lymphatiques en général sont tuméfiés. La glande inguinale gauche est très volumineuse et douloureuse au toucher ; la peau qui la recouvre est rouge ; on a à craindre la suppuration de cette glande. Sur les téguments du corps et des extrémités lichen pilaris très développé. Ordonnance : repos, emploi mercuriel sur les ulcérations et les glandes inguinales. J. d., 20 ; j. g. 17.

18 *avril*. J. d., 19 ; j. g., 17. — 19 J. d., 19 ; j. g., 18. — 20. J. d., 20 ; j. g., 18. — 21. J. d., 16 ; j. g., 20 ; — 22 J. d., 15 ; j. g., 16. — 23. J. d. 16 ; j. g., 16. — 24. J. d., 20 ; j. g., 21. — 25. La rougeur et la tuméfaction dans la région de la glande inguinale gauche ont diminué ; elle n'est plus douloureuse. J. d., 17 ; j. g. 16. — 26. Le malade se plaint de douleurs internes dans le ventre avec constipation. Ordonnance : lavement et sel de Glauber. J. d., 17 ; j. g. 18 ; — 27. J. d. 22 ; j. g., 22. 28. Une papule lenticulaire sur le côté gauche du corps ; 2 papules identiques sur l'abdomen ; l'éruption n'est pas très nette. Température du matin, 36°,[illegible] ; température du soir, 36°,2. J. d., 25 ; j. g., 26, — 29. Deux papules lenticulaires sur le dos. Se plaint de nouveau des douleurs dans le ventre. La constipation a cédé au traitement. La glande inguinale gauche a considérablement diminué de volume. Température du matin, 36°,5 ; température du soir, 36°,4. J. d., 20 ; j. g., 21. — 30. Température du matin, 36°,3 ; température du soir, 36°,2. J. d., 22 ; j. g., 24.

1er *mai*. Température du matin, 36°,3 ; température du soir, 36°,2. J. d., 19 ; j. g.. 20. — 2. Sur la face courbe de l'épaule gauche une papule lenticulaire. Les douleurs abdominales ont cessé. Température du matin 36°,3 ; température du soir, 36°,2. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 16 ; j. g , 19. — 3. J. d., 17 ; j. g., 19. — 4. J. d., 18 ; j. g., 19. — 5. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d. 22 ; j. g., 21. — 6. Sur les parties latérales du corps : érythème syphilitique tacheté, peu abondant, masqué en partie par la présence du lichen pilaris très développé. Eruption papuleuse en voie de desquamation. Le malade accuse des douleurs à l'endroit où la sixième côte du côté droit se réunit au cartilage correspondant. Sensibilité excellente. J. d., 24 ; j. g. 21. — 7. La roséole est plus marquée sur le thorax ; quelques taches sur le dos. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 18 ; j. g., 20. — 8. J. d., 23. ; j. g., 21. — 9. L'éruption tachetée a pâli. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 20 ; j. g., 21. — 10. De l'éruption papuleuse, il ne reste que de la pigmentation. J. d., 20 ; j. g., 20. — 11. J. d. 19 ; j. g. 22. — 12. La roséole a disparu. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 19 ; j. g., 19. — 13. J. d., 20 ; j. g. 21. — 14. J. d., 21 ; j. g., 21. — 15. J. d., 20 ; j. g., 20. — 16. Les scléroses initiales se sont cicatrisées. A peine si l'on sent au toucher les glandes inguinales ainsi que les autres ganglions lymphatiques qui présentaient naguère des adénites multiples. Les autres symptômes syphilitiques ont disparu. Se sentant au mieux, le malade demande son exeat afin de continuer le traitement à titre d'externe. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 19 ; j. g. 18.

En terminant l'histoire de ce malade, je m'en vais formuler mon opinion sur les troubles qui se manifestèrent dans les fonctions de la sphère réflexe. Ce cas présente un intérêt tout spécial quant à l'*importance du réflexe rotulien au point de vue du diagnostic*. Notre malade, comme on le voit par son histoire, a des antécédents dans son anamnésie ; grâce à cette condition, le corps du malade, au début des symptomes secondaires, ne présentait que des efflorescences isolées d'éruption syphilitique, lesquelles étaient si peu prononcées, que la définition de leur origine se heurtait à de grandes difficultés. Un de mes collègues, qui soignait le malade dont il s'agit, embarassé de poser un diagnostic quelconque, me demanda s'il n'y avait pas moyen de trouver un point de départ pour le diagnostic du coté des modifications fonctionnelles qui se manifestaient si simultanément dans la sphère des réflexes et constituaient l'objet des mes études à ce moment. En suivant l'état de ce malade jour par jour, je puis constater une augmentation des plus nettes de l'excitabilité qui se développa en même temps que l'éruption peu abondante « d'un caractère mal défini », avec un synchronisme prodigieux. Cette condition-là et les résultats finals que j'ai constatés chez les autres malades examinés dans la même direction, ainsi que le développement considérable de l'adénite cervicale latérale, post-articulaire, epitrochléaire et brachiale interne me décidèrent de poser le diagnostic suivant : début d'une syphilide largement papuleuse.

L'observation ultérieure du cours de l'affection syphilitique générale confirma la justesse de mon diagnostic ; le lendemain et les jours suivants les efflorescences de la syphilide papuleuse devinrent plus abondantes et

revêtirent un aspect tout à fait caractéristique; par conséquent, il n'y avait plus de difficulté à en déterminer l'origine.

Ainsi, nous constatons dans ce cas que la *manifestation de la syphilis constitutionnelle à la période d'éruption primitive, aussi insignifiante que fut cette manifestation, était suivie de troubles fonctionnels de la sphère des réflexes qu'on pouvait aisément percevoir.*

C'est un fait très curieux que cette faculté des modifications qui se produisent dans l'activité réflexe de pouvoir servir comme moyen auxiliaire pour le diagnostic de toute une série de troubles secondaires à leur début, alors même que les autres symptômes ne l'indiquent pas encore, de jouer pour ainsi dire le rôle du baromètre, et cette faculté s'est vigoureusement manifestée dans le cas en question. A mon avis, on pourrait utiliser ce *nouveau signe diagnostique* dans certains cas pour poser un diagnostic définitif.

Le cas en question est encore intéressant par ce fait qu'on a observé chez le malade une augmentation secondaire de l'intensité réflexe à la suite de la roséole maculeuse du thorax et du dos en forme de larges taches, qui se développa immédiatement après la syphilide papuleuse. L'élévation de l'excitabilité réflexe qui suivit l'évolution de l'érythème à larges taches était un peu moins intense que lors de l'éruption papuleuse. Où faut-il chercher la raison de cette différence dans les oscillations de l'excitabilité réflexe ? Etait-ce le caractère même de l'éruption qui avait joué dans ce cas le rôle d'excitant du système nerveux central (car on sait que la syphilis papuleuse est un signe d'une lésion plus intense des tissus intéressés que la syphilide tachetée), ou bien le système nerveux central avait-il réagi plus faiblement au moment d'excitations secondaires, épuisé déjà par une excitation antérieure. Je ne prétends pas trancher la question ; cependant il faut remarquer que la différence dans l'intensité de l'excitabilité réflexe n'était pas très considérable.

Parmi les symptômes de l'incubation secondaire, il en est un très curieux, la névralgie au point de la réunion de la sixième côte du côté droit avec le cartilage correspondant, qui a été très intense chez notre malade.

Observation VI.

Jean B..., soldat, 25 ans, entra dans la clinique du Pr Tarnowski, le 12 mars 1892. Devint malade dans les premiers jours de février ; avait eu un coït impur quatre semaines avant l'accident.

Etat présent. — 13 *mars.* Le malade est de taille au-dessus de la moyenne, de constitution moyenne. Le pannicule adipeux est assez développé. Poids du corps. 74 kilogr. Présente une sclérose superficielle gangréneuse du sulcus coronaire et de la couronne du gland, accompagnée d'un engorgement indolent considérable des glandes inguinales des deux côtés. Polyadénite généralisée. Eruption de pityriasis rosé (Gibert) disséminée sur tout le corps sous la forme de taches rosées extrêmement petites, très jolies, recouvertes à la partie centrale de rares écailles et de taches plus grosses ayant la forme de disques arrondis. Ordonnance : emplâtre mercuriel sur l'ulcération.

14 *mars.* Ce traitement local est maintenu jusqu'à l'éclosion de l'éruption. J. d., 26 ; j. g., 21. — 15. J. d., 28 ; j. g., 26. — 16. J. d., 27 ; j. g. 21. — 17. J. d., 23 ; j. g., 20. — 18. J. d., 18 ; j. g., 17. — 19. J. d., 25 ; j. g., 24. — 20. L'ulcération se dégage et se cicatrise. J. d., 22 ; j. g 17. — 21. J. d., 19 ; j. g., 16. — 22. J. d., 17 ; j. g., 19. — 23. J. d., 25 ; j g. 27. — 24. J. d., 19 ; j. g., 19. — 25. J. d., 17 ; j. g., 17. — 26. J. d., 14 ; j. g., 15. — 27. Eruption peu abondante de la roséole maculeuse sur le thorax. Sensibilité excellente. J. d. [illegible] 7 ; j. g., 35. — [illegible]. Se plaint d'une douleur intense au point de la réunion de la cinquième côte du côté droit avec le cartilage correspondant. J. d., 35 ; j. g., 35. — 29. Roséole bien prononcée sur le thorax, le dos et le ventre. Injection de 0 gr. 03 de mercure sozojodolicum. J. d , 35 ; j. g., 34. — 30. Plaques opalines sur les amygdales, sur la face interne de la joue gauche et dans la région de l'emboîtement des dents. J. d., 30 ; j. g., 30. — 31. J. d., 30 ; j. g., 29.

1er *avril.* J. d., 28 ; j. g., 27. — 2. Injection de 0 gr. 03 de mercure sozojodolicum. J. d.. 22 ; j. g., 20. — 3. J. d , 23 ; j. g., 18. — 4. J. d., 28 ; j. g., 17. — 5 J. d., 24 ; j. g., 23. — 6. Injection de 0 gr. 03 de mercure sozojodolicum. J. d., » ; j. g., ». — 7. L'ulcération s'est cicatrisée. Plaques opalines sur la face interne des joues. J. d., 22 ; j. g., 13. — 8. La roséole n'est plus aussi prononcée. J. d., 20 ; j. g., 11. — 9. Injection de 0 gr. 06 de mercure sozojodolicum. J. d., 13 ; j. g., 18. — 10. J. d., 22 ; j. g., 17. — 11. J. d., 21 ; j. g., 19. — 12. J. d , 29 ; j. g., 19. — 13. L'éruption a pâli. Injection de 0 gr. 06 de mercure sozojodolicum. J. d., 24 ; j. g., 19. — 14. J. d., 21 ; j. g., 17. — 15. L'éruption disparaît. Tuméfaction de la muqueuse au pourtour des dents et sur la voûte palatine. J. d., 24 ; j. g , 17. — 16. Injection de 0 gr. 06 de mercure sozojodolicum. J. d., 22 ; j. g., 17. — 17. J. d., » ; j. g., ». — 18. J. d., 24 ; j. g. 21. — 19. La roséole a disparu. J. d., 28 ; j. g., 20. — 20. Injection de 0 gr. 06 de mercure sozojodolicum. J. d., 30 ; j. g , 20. — 21. J. d., 30 ; j. g., 28. — 22. Tuméfaction assez intense des gencives. J. d., 27 ; j. g., 20. — 23. Injection de 0 gr. 06 de mercure sozojodolicum. J. d., 30 ; j. g., 28. — 24. J. d., 26 ; j. g., 19. — 25. J. d., 22 ; j. g. 16. — 26. Injection de 0 gr. 06 de mercure sozojodolicum J. d., 25 ; j. g., 24. — 27. J. d., 22 ; j. g., 17. — 28. Les glandes se résorbent. La tuméfaction des gencives est traitée par la solution d'acide chromique à 1 0/0. J. d., 21 ; j. g., 16. — 29. J. d., 30 ; j. g., 25. — 30. J. d., 32 ; j. g., 21.

1er *mai.* Injection de 0 gr 06 de mercure sozojodolicum. J. d., 29 ; j. g , 23. — 2. A la suite de l'injection s'est développée une infiltration douloureuse dans la fesse droite. J. d., 36 ; j. g., 28. — 3. J. d., 28 ; j. g., 19. — 4. L'infiltration a disparu Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 29 ; j. g., 18 — 5. J. d., 28 ; j. g., 19. — 6. J. d., 30 ; j. g., 19. — 7. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 29 ; j. g., 15. — 8. J. d., 28 ; j. g., 16. — 9. J. d., » ; j. g., ». — 10. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 28 ; j. g . 27. — 11. Ordonnance pour le pityriasis rosé : ung Wilkinsonii. Les glandes cervicales sont encore tuméfiées. J. d., 29 ; j. g., 27. — 12. J. d., 27 ; j. g., 23. — 13. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 29 ; j. g., 28. — 14. Le pityriasis rosé pâlit. J. d., 27 ; j. g., 22. — 15. L'application de l'ung. Wilkinsoni[1] détermine la desquamation de l'épiderme et les taches du pityriasis rosé disparaissent. J. d., 26 ; j. g , 22. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. — 16. Tous les symptômes de la syphilis ont disparu et le malade quitte l'hôpital. J. d., 26 ; j. g.. 20.

Dans ce cas, il est à remarquer l'*élévation assez prononcée du réflexe rotulien observée une fois et d'un seul coté* chez le malade, le 2 mai, c'est-à-dire, pendant la période de disparition de l'éruption primitive ; il n'y a qu'une seule cause qui puisse expliquer dans le cas présent cette élévation unilatérale de l'excitabilité réflexe, notamment l'infiltration qui s'est développée dans la fesse droite après l'injection, infiltration très douloureuse (l'élévation du reflexe rotulien se présenta du même coté). L'injection avait était pratiquée à la veille de l'expérimentation (le 1er mai).

Symptome accompagnant les efflorescences syphilitiques, analogue à celui de l'observation V, névralgie intercostale excessivement intense.

Observation VII

Vincent L..., soldat, 24 ans, entra dans la clinique du Pr Tarnowski le 28 mars 1892. Se croit malade depuis le 15 mars ; coït infectant trois semaines plus tôt.

Etat présent — 29 *mars.* Le malade est de petite taille ; constitution et nutrition au-dessous de la moyenne. Poids du

corps : 73 kil. 030. Ulcération primitive sur le col du pénis, à sa face antérieure, très pauvre en sécrétion. Adénites indolentes des glandes inguinales. On n'a rien trouvé d'autre. Ordonnance : emplâtre mercuriel sur l'ulcération. J. d., 16; j. g., 15.

30 *mars*. J. d , 15; j. g., 14. — 31. J. d., 17; j. g., 16.

1er *avril*. J. d., 16; j. g., 15. — 2. J. d., 19; j. g., 19. — 3. J. d., 19; j. g., 19. — 4. J. d., 20; J. g., 16. — 5. J. d., 18; j. g., 19. — 6. L'ulcération indurée se cicatrise. On constate chez le malade le commencement d'une adénite multiple des ganglions lymphatiques. J. d.. 18; j. g., 17. — 7. J. d., 15; j. g., 14. — 8. J. d., 11; j. g., 8. — 9. Une polyadénite généralisée assez considérable. J. d., 11; j. g., 10. — 10. Le malade est examiné immédiatement au sortir du bain : l'éruption n'a pas encore paru. J. d., » ; J. g., ». — 11. Tuméfaction des amygdales. J. d., 15; j. g., 16. — 12. J. d., 10; j. g., 14. — 13. J. d., 16; j. g.. 15. — 14. J. d., 15; j. g., 13. — 15. J. d., 13; j. g. 12. — 16. A transpiré dans la nuit. J. d., 16; j. g., 16. — 17. A de nouveau transpiré dans la nuit. J. d., 14; j. g., 15. — 18. J. d., 13; j. g., 14. — 19. J. d., 15; j. g. 15. — 20. Roséole légère sur les parties latérales du thorax, principalement du côté droit. Grande courbature; névralgie occipitale ; insomnie. Le malade est obligé de garder le lit. J. d , 22; j. g., 23. — 21. Quelques taches de roséole sur les extrémités supérieures. Température du matin 36°,6; température du soir, 36°,8. J. d., 18; j. g. 17. — 22. L'éruption est nettement développée sur le thorax, le dos, l'abdomen et les extrémités supérieures ; assez abondante. Les symptômes généraux nerveux (céphalalgie, etc.), ont complètement disparu. Le malade n'est soumis qu'a un traitement local en vue de l'étude des réflexes. Température du matin, 37°,4; température du soir, 36°,8. J. d., 14; j. g., 14. — 23. Angine érythémateuse très prononcée. Température du matin, 36°,4 ; température du soir, 36°,8. J. d., 13; j. g., 12. — 24. Température du matin, 36°,5; température du soir, 36°,7. J. d., 17; j. g. 15. — 25. La roséole commence à pâlir. Le malade a de la constipation. Ordonnance : huile de ricin. Température du matin, 36°,4 ; température du soir, 36°,7. J. d., 14; j. g., 18. — 26. Température du matin, 36°,3 ; température du soir, 36°, 8. J. d., 11; j. g. 9. — 27. Température du matin, 36°,8; température du soir, 36°,9. J. d., 11; j. g. 10. — 28. Par places la roséole n'est presque plus visible. Garde-robes normales. Température du matin, 37°,5 ; température du soir, 37°,8. J. d., 16; j. g., 15. — 29. Il ne reste d'éruption qu'une pigmentation peu intense. Température du matin, 36°,2; température du soir, 37°,5. J. d., 15; j. g. 14. — 30. Température du matin, 37°,2 ; température du soir, 37°,5. J. d., 4 ; j. g., 5.

1er *mai*. La roséole a disparu. La sclérose s'est cicatrisée. Température du matin, 37°,1; température du soir, 37°,3. J. d., 15; j. g., 14. — 2. J. d., 10; j. g. 10. — 3. J. d., 12; j. g., 14. — 4. J. d., 11 ; j. g., 14. — 5. J. d., 7; j. g., 13. — 6. Injection profonde de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 12; j. g. 13. — 7. J. d., 19; j. g. 11. — 8. Pigmentation légère à la suite de la roséole a disparu. J. d., 19 ; j. g., 16. — 9. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d. 19; j. g., 16. — 10. Les taches ont disparu. J. d., 14 ; j. g., 13. — 11. Le malade se plaint de l'arthralgie du genou gauche. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure . J. d., 11; j. g., 11. — 12. Les adénites des glandes se résorbent. J. d., 12; j. g., 18. — 13. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 12 ; j. g., 14. — 14. J. d., 7; j. g., 13. — 15. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 16; j. g., 14. — 16. J. d. 10; j. g., 11. — 17. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 11 ; j. g., 12. — 18. J. d., 13; j. g., 16. — 19. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 9; j. g., 13. — 20. J. d., 10; j. g., 13. — 21. Les glandes inguinales sont peu volumineuses. L'adénite multiple a beaucoup diminué. Les recherches sont terminées. Le malade reste encore quelque temps à l'hôpital pour son traitement. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 13; j. g., 16.

J'ai observé ce malade dans les conditions de traitement par la méthode expectante, il ne recevait pas de mercure pendant deux semaines et demie à partir du début de l'éruption. Ainsi qu'il a été mentionné plus haut dans le texte, *les recherches* faites dans ces conditions-là *ne présentaient aucune différence dans les oscillations de l'activité réflexe comparativement avec les autres cas*, où l'on soumettait les malades au traitement par les médicaments aussitôt que l'éruption primitive faisait éclosion chez eux.

Le jour où les troubles dans la sphère réflexe se manifestèrent chez le malade en question, par conséquent, le jour de l'éclosion chez lui des symptômes secondaires cutanés en forme de l'érythème syphilitique, le malade avait éprouvé de cruelles souffrances avec des troubles généraux très prononcés : courbature excessive, céphalalgie intense, insomnie, inappétence, soif inextinguible et douleurs arthralgiques dans les muscles et les os.

Observation VIII.

Ladislas S..., ouvrier à la fabrique d'armes, 27 ans, reçu à la clinique du Pr Tarnowski, le 15 avril 1892. Ulcération de la verge un mois après un coït impur.

État présent. — 16 *avril*. Le malade est de constitution délicate; son squelette est bien développé, pauvre en tissu adipeux sous-cutané ; paraît plus vieux que son âge ; buveur. Affection syphilitique primitive gangréneuse dans le sulcus coronaire dorsal. Glandes inguinales multiples tuméfiées. Polyadénite généralisée. Ordonnance : emplâtre mercuriel sur l'ulcération. J. d.. 29; j. g., 28.

17 *avril*. — Diminution du détritus dans l'ulcération. J. d., 26; j. g., 23. — 18. J. d., 25; j. g., 25. — 19. J. d., 26; j. g., 24. — 20. Il n'y a presque plus de détritus dans l'ulcération ; commencement de granulation. Les glandes inguinales sont encore plus tuméfiées. J. d., 26; j. g., 25. — 21. J. d., 28; j. g., 25. — 22. J. d., 29; j. g., 29. — 23. J. d., 29; j. g., 26. — 24. J. d., 25 ; j. g., 26. — 25. Plus de détritus dans l'ulcération. J. d., 24; j. g., 18. — 26. J. d., 31 ; j. g., 26 — 27. Se plaint de la céphalalgie. A transpiré dans la nuit. Température du matin 27°,7 ; température du soir 38°,2. J. d., 26 ; j. g. 24. — 28. Céphalalgie intense, courbature extrême, insomnie, douleurs ostéocopes nocturnes, facies exprimant une souffrance de martyr. Température du matin 28°,8; température du soir 38°,8. J. d., 37; j. gr., 32. — 29. Température du matin 38°,7 ; température du soir 38°,7. J. d., 33; j. g., 25. — 30. Tous les symptômes d'une syphilis récente généralisée existent au complet. Sur les parties latérales du thorax une éruption drue de syphilide maculeuse. Les symptômes généraux graves (céphalalgie, etc., etc.) ont disparu. Température du matin 36°,4 ; température du soir 38°,8 J. d., 35 ; j. g., 26.

1er *mai*. Température du matin 37° ; température du soir 37°,5. J. d., 32; j. g., 31. — 2. Roséole nettement prononcée sur le thorax. Température du matin 36°,6 ; température du soir 36°,9. J. d., 33 ; j. g., 27. — 3. Température du matin 37°,5; température du soir 37°,6. J. d., 34; j. g., 28. — 4. L'éruption a envahi le dos, l'abdomen, les extrémités supérieures. Température du matin 36°,40 ; température du soir 36°,7. J. d., 30; j. g., 26. — 5. Température du matin 36°,8; température du soir 36°,9. J. d , 29 ; j. g. ; 24. — 6. La sclérose se cicatrise. Température du matin 37°,1 ; température du soir 37°,2. J. d., 31 ; j. g., 25. — 7. J. d., 31; j. g., 25. — 8. J. d., 26; j. g., 21. — 9. J. d., 26 ; j. g., 21. — 10. La roséole a pâli. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 26; j. g., 20. — 11. J. d., 25; j. g., 18. — 12. J. d., 29 ; j. g , 28. — 13. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 28; j. g., 17. — 14. J. d , 27 ; j. g.. 28. — 15. La roséole disparaît. Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. J. d., 27; j. g., 24. — 16. J. d., 27; j. g , 22. — 17. Il ne reste que des taches isolées de la roséole qui a disparu. J. d., 25 ; j. g., 22. — 18. J. d., 28; j. g., 29 — Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. — 19. J. d., 27; j. g., 9. — 20 Injection de 0 gr. 06 de salicylate de mercure. La sclérose s'est cicatrisée; l'épaississement à sa place a diminué au double. L'adénite multiple persiste encore à un degré léger. La syphilide cutanée a complètement disparu. Le malade obtient son exeat à l'état assez satisfaisant pour continuer le traitement à titre d'externe.

Ce cas, de même que le cas précédent, a été suivi *sans cure*. Ici de même *je n'ai pas pu constater des déviations quelconques du cours ci-dessus décrit de l'excitabilité réflexe*, que j'ai observé dans les cas traités immédiatement au moment de l'éclosion de l'éruption primitive par des injections intermusculaires de salicylate de mercure.

Il est important de noter les symptômes généraux prodromiques, excessivement violents, observés à la fin de la seconde période d'incubation, qui étaient chez ce malade encore plus intenses que ceux du cas précédent : le malade était si faible et si courbaturé qu'il eut de la peine à venir dans le cabinet clinique, où se passaient les recherches.

Sans attacher à ce travail et aux conclusions qui en résultent un prix particulier, j'ai pensé qu'il ne serait peut-être point inutile de les communiquer à mes collègues, qui voudront bien me pardonner les erreurs involontaires inévitables dans tout travail humain.

A mon avis, les recherches ultérieures dans la même direction sont très désirables, il serait du plus haut intérêt et de la plus grande importance d'étudier les symptômes peu connus de la syphilis sur les malades présentant les formes variables de lésions, particulièrement dans les cas d'éruption primitive grave qui est le signe de la syphilis constitutionnelle (ecthyma profond, etc.) ; il serait nécessaire d'étudier l'état de la sphère réflexe sur un grand nombre de malades ; d'observer un nombre égal de malades soumis à la méthode exclusivement expectante ; de faire des recherches simultanées en prenant soigneusement la température des malades (malheureusement, nous n'avons pas pu insérer ce moment dans les cadres de notre observation avec toute l'ampleur désirable (1), bien que nous soyons sûrs et certains qu'on peut présumer déjà *a priori* l'influence des oscillations de la température sur l'excitabilité réflexe ; de plus, les travaux de Grjibowski (2) et de Petersen (3) avaient nettement démontré que les injections des médicaments mercuriels provoquent presque toujours une élévation de la température ; Wagner (4) observait pendant l'élévation de la température l'affaiblissement du réflexe rotulien ; nous avons regardé comme insuffisant pour notre but l'examen habituel de la température dans le creux auxillaire ; mais il nous fut impossible, vu le manque de temps, d'entreprendre des mensurations plus fréquentes) ; de comparer les recherches pratiquées sur les hommes syphilitiques avec les recherches faites sur les femmes syphilitiques ; enfin, d'étudier l'excitabilité réflexe dans les cas de la syphilis qui récidive. Toutes ces questions, à peine ébauchées, sont autant de stimulants pour nous faire entreprendre la recherche des influences nerveuses et des modifications au point de vue déjà mentionné. L'étude complète et minutieuse de toutes les questions de la syphiligraphie sera sans doute utile à la médecine pratique, au diagnostic et à la lutte avec la syphilis, ce fléau terrible de l'humanité. Cependant, retenons-le bien, le premier et le dernier mot de toutes ces recherches doivent s'appuyer à une méthode de précision stricte, dont dépend la justesse des résultats obtenus.

(1) Nous avons examiné la température chez trois malades (observations n°s 5, 7 et 8).
(2) P. Grjibowski. — Procès-verbal de la Soc. Syphiligr. et Dermatol. Russe à St-Pétersbourg, 1889, t. V.
(3) O. Petersen. — *Gazette de Botkine*, 1891, n°s 51, 52, p. 1330.
(4) K. Wagner. — *Wratch*, 1889, n° 36, p. 790.

Journalistique. — Notre ami, M. P. Sébileau, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*, annonce qu'à partir du 1er janvier 1897, son journal devient exclusivement *chirurgical* ; on ne s'y occupera plus que de pathologie externe.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Jubilé du D^r Th. Roussel à la Sorbonne.

Le dimanche 20 décembre dernier a eu lieu à la Sorbonne, sous la présidence de M. le Ministre de l'Intérieur, la cérémonie du Jubilé du Dr Théophile Roussel, sénateur de la Lozère, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine. Cette réception solennelle, un peu calquée sur les Jubilés allemands, avait pour but de fêter l'auteur de la *loi sur la protection des enfants en bas âge*.

Nous n'avons pas à écrire ici une biographie détaillée, d'ailleurs bien connue, du D^r Th. Roussel. Bornons-nous simplement à rappeler que, né à Saint-Chély-d'Apchet, le 27 juillet 1816, il fut, d'abord et à la fois, historien et homme de science, après s'être fait recevoir docteur en médecine. Il ne s'occupa que plus tard de politique et concourut, sans succès, à l'agrégation de médecine (1847) : ce qui pourtant n'a pas nui à sa carrière ! Il est l'auteur de plusieurs publications médicales, qui ont été très appréciées de leur temps.



M. le D^r Th. Roussel.

Citons, parmi ses travaux :

Recherches sur la vie et le pontificat d'Urbain V, ouvrage couronné par l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres (1841) ; en 1842, *Etudes sur le mal de la Rosa des Asturies* ; en 1845, *De la pellagre, de son origine, de son progrès, de son existence en France, de ses causes et de son traitement préservatif et curatif*, mémoires couronnés, en 1850, par l'Académie des Sciences ; en 1847, *De la valeur des signes physiques dans les maladies du cœur*, thèse d'agrégation ; en 1866, *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres*, ouvrage couronné par l'Académie des Sciences, et en 1879, *De l'éducation correctionnelle et de l'éducation préventive*, étude sur la réforme de notre législation concernant les jeunes détenus et les mineurs abandonnés ou maltraités.

C'est en 1849 que M. Roussel, vaincu dans la lutte des concours, et après être retourné quelque temps dans son pays, est devenu homme politique en qualité de représentant de la Lozère à l'Assemblée législative. On retrouve ce solide républicain en 1871 à l'Assemblée nationale. En 1876, il est député, et dès 1879, nommé sénateur. En 1872, Th. Roussel déposa une proposition de loi tendant à la répression de l'ivresse, et, en 1873, une proposition de loi sur les nourrissons, qui furent votées. La loi « relative à la protection des enfants du premier âge et en particulier des nourrissons » ou *loi Roussel*, fut votée il y a juste vingt-deux ans, c'est-à-dire en 1874. Cette loi, dont l'application a rencontré certaines difficultés, a eu, principalement pour le département de la Seine, les plus heureux résultats.

Tels étaient les titres qu'avaient M. Th. Roussel à la reconnaissance publique et qui justifient l'éclat de la cérémonie de dimanche, organisée par un comité, sous la présidence du Directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques en France et composé de MM. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine, G. Picot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques, Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, le Dr Monestier, sénateur de la Lozère, Bourillon, député, etc., etc.

Le Président de la République s'était fait représenter. Après l'exécution, par l'orchestre de l'Institution des jeunes aveugles, de la symphonie en *fa* de Beethoven, M. Ravaisson-Mollien a pris la parole au nom de l'Institut. Il était accompagné d'une délégation de l'Institut. M. Bergeron a parlé au nom de l'Académie de Médecine, et M. Tissier, président de l'Association générale des Etudiants, a ensuite apporté à M. Th. Roussel les hommages de la jeunesse universitaire. M. le Ministre de l'Intérieur a pris enfin la parole. Il a rappelé les travaux de M. Th. Roussel et l'a félicité au nom du Gouvernement.

Après ce discours, le voile qui recouvrait le buste en marbre de M. Th. Roussel est tombé et une ovation a été faite au vénérable philanthrope.

Puis le Ministre de l'Intérieur a remis à M. Th. Roussel, avec la médaille d'or de l'Assistance publique, une plaquette en argent, œuvre du graveur en médailles, M. Soldi. Sur cette plaquette a été gravé le buste du philanthrope; un petit garçon tend vers la figure des couronnes, tandis qu'une petite fille, assise sur le soubassement de l'œuvre, prépare de nouvelles couronnes.

C'est M. le Dr Brousse, vice-président du Conseil municipal, qui a remis à M. Roussel la médaille offerte par la municipalité parisienne, et M. Gervais celle du Conseil général.

Puis un chœur de M. Th. Dubois a été chanté par les élèves de l'Ecole Braille et le défilé des délégués a commencé. De nombreuses Sociétés avaient envoyé à M. Roussel des adresses ; quelques-unes d'entre elles : Conseils supérieurs des Enfants du premier âge, de l'Assistance publique, Ligue fraternelle des Enfants de France, Société des Crèches, Mutualité maternelle, auraient certainement manqué à tous leurs devoirs en ne se faisant pas représenter à cette cérémonie, qui a été close par un discours du héros de cette fête.

Après avoir remercié ceux qui en ont eu l'idée, M. Roussel a terminé ainsi son allocution, prononcée d'une voix très émue :

Il n'est pas douteux que le vote de la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge mis en *nourrice, en sevrage ou en garde*, et à partir de 1879, les travaux préparatoires et les discussions au Sénat de la loi dont le vote définitif par la Chambre des députés a fait la loi du 25 juillet 1889 sur la *Protection des enfants moralement abandonnés ou maltraités*, ont, en ouvrant l'ère des améliorations et des réformes, donné une impulsion sérieuse à ce mouvement des esprits. Enfin, les Congrès internationaux pénitentiaires, dans les délibérations desquels les questions d'éducation préventive et d'épuration des mineurs traduits en justice ont pris place, à Rome, en 1885, plus largement à Saint-Pétersbourg, en 1890, plus largement encore à Paris en 1895, ont, par l'admission dans leur programme officiel d'une section nouvelle consacrée aux *questions relatives à l'enfance et aux mineurs*, mis à l'ordre du jour, pour l'Europe entière, ces questions dont l'opinion publique et les gouvernements sentent mieux chaque jour l'urgente gravité. Le jubilé du 20 décembre 1896 n'est donc pas la fête d'un grand homme, ni d'un seul homme. C'est une fête de circonstance, qui, à propos d'une date particulière, marque en réalité la date d'un progrès social en voie de s'accomplir par un travail collectif. S'il m'était permis de lui chercher son vrai nom, je l'appellerais la fête de la protection de l'enfance malheureuse.

En somme, excellente journée pour la Science et l'Assistance publique, et surtout témoignage mérité de reconnaissance envers un homme de bien, dont le nom demeurera attaché à l'une des lois les plus importantes votées sous le Gouvernement de la République.

M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 décembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CHARRIN.

M. MARIANI a recherché l'effet des *inhalations d'oxygène* sur un certain nombre de malades fatigués par suite d'affections diverses; syphilis, cancer, etc., et a constaté que ces inhalations augmentent fortement l'alcalinité du sang en même temps qu'une forte diminution de la toxicité urinaire et d'une augmentation de l'urée excrétée.

M. MAIRET (de Montpellier) a étudié avec M. VIRES l'action de l'*injection intra-veineuse de l'extrait aqueux de foie chez le lapin.* Cet extrait contient des albumines qui paraissent toxiques et déterminent en même temps que des troubles nerveux des coagulations sanguines dans tous les viscères. Les propriétés coagulantes des extraits hépatiques paraissent toutefois être indépendantes des propriétés toxiques, car elles sont détruites par la chaleur à 100° alors que les dernières subsistent.

M. GILBERT rapporte l'observation d'un *cas de cirrhose pigmentaire.* Ces cas ont cessé d'être rares. Celui de M. Gilbert a ceci de particulier qu'il a été rencontré chez un malade atteint de cirrhose alcoolique hypertrophique et que les reins n'étaient pas pigmentés.

M. FOURNIER, en son nom et au nom de M. GILBERT, rapporte les résultats qu'il a obtenus dans ses recherches sur l'*agent pathogène de la psittacose.* Le bacille de l'affection signalé en 1892 dans la moelle osseuse des ailes de l'oiseau infecté a été retrouvé par les auteurs d'une part chez le perroquet, d'autre part chez une femme morte de psittacose à l'hôpital Andral. C'est un bacille court, épais, à extrémités arrondies, très mobile ne prenant pas le Gram, poussant rapidement sur tous les milieux. On retrouve dans l'intestin de perruches et de perroquets normaux

plusieurs variétés paracolibacillaires qui sont à rapprocher de ce type.

M. Arloing rapporte les expériences faites par lui, malgré un certain nombre de causes d'insuccès sur la *toxicité de la sueur*. En injectant la sueur recueillie dans les meilleures conditions possibles au chien, au lapin et au cobaye, il a constaté que la toxicité était faible, mais existait, surtout pour le chien, surtout dans le cas d'injections intra-veineuses, et lorsque le poids de sueur injectée représentait 1/100 du poids de l'animal.

MM. Broca et Ch. Richet exposent leurs recherches sur les variations de la contractilité musculaire et les mouvements choréiques du chien.

M. Widal dépose une note sur la *réaction agglutinante du sérum typhique en général*. Il rappelle qu'on la rencontre au début de la maladie, qu'elle fléchit à la convalescence, disparait à la guérison, mais surtout qu'elle ne disparait pas entre les rechutes. Elle permet donc de juger à chaque instant du degré d'infection de l'organisme et par conséquent du pronostic ainsi que du succès de la thérapeutique suivie.

M. Regaud, dans une étude sur les *vaisseaux dans les tumeurs malignes*, a constaté que les vaisseaux lymphatiques disparaissaient au pourtour de ces tumeurs tandis qu'au contraire les vaisseaux sanguins se multiplient.

M. Hallier, à propos de l'*insufflaction intra-pulmonaire* comme moyen d'accès au poumon dans les interventions chirurgicales, expose que le procédé d'insufflation est supérieur dans ces cas au procédé qui consiste à agir dans un milieu d'air comprimé.

M. Choquet présente un nouveau modèle de *microtome* pour coupes histologiques. A. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 décembre 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Injections de naphtol camphré dans une adénopathie du médiastin.

M. Fernet présente un malade qui fut opéré jadis d'un lymphosarcome du testicule. Ce malade entra dans son service avec tous les symptômes de compression que produit une tumeur du médiastin. Comme des ganglions faisaient saillie au-dessus du sternum et que les chirurgiens refusaient d'opérer le malade, M. Fernet fit des injections de naphtol camphré dans ces ganglions qui diminuèrent de volume et le malade guérit et reprit sa profession d'artiste dramatique. Au bout de six ans, récidive; M. Fernet, bien que la tumeur ne fasse pas saillie au-dessus du sternum, a recommencé les injections de naphtol camphré dans le médiastin et l'amélioration commence à se produire.

Parotidite saturnine chronique.

M. Achard présente un malade atteint de parotidite saturnine double douloureuse survenue à la suite d'une stomatite intense.

M. Rendu signale un cas de parotidite analogue qu'il a observé jadis chez un ouvrier intoxiqué par le cuivre.

Ectopie du cœur.

M. Fernet présente un malade dont le cœur est placé à droite affectant les rapports ordinaires du cœur à gauche, sans que cependant il y ait transposition des rapports du foie ni de la rate.

Action dissociée de la digitale.

M. Mercklen a noté que parfois la digitale ne produit pas son action totale et que dans certains cas elle produit la diurèse sans ralentir le pouls, tandis que dans d'autres elle ralentit le pouls sans provoquer la diurèse. Des observations suivies d'autopsie permettent à M. Mercklen d'affirmer que la diurèse sans ralentissement du pouls indique chez un asystolique soumis à la digitale une compression des nerfs pneumogastriques. Ces nerfs ont, en effet, une action cardiomodératrice qui est stimulée par la digitale qui est indépendante de l'action cardio et vasotonique de ce médicament. Lorsque la digitale produit le ralentissement du pouls sans diurèse, cela tient à un affaiblissement considérable de la fibre du cœur qui est lui-même dilaté.

M. Hayem approuve les observations de M. Mercklen. Il fait remarquer cependant que la dissociation des effets de la digitale peut-être obtenue par l'administration du médicament à doses fractionnées et répétées. On obtient alors la diurèse sans ralentissement notable du pouls.

Tuberculose pulmonaire chez les amputés.

M. P. Marie, en son nom et en celui de M. Pédeprade, signale la mort de plusieurs amputés par tuberculose pulmonaire. Il se demande s'il n'y a pas là autre chose que le hasard et si l'amputation du membre inférieur ne met pas un malade en état de moindre résistance.

Liquide pleural des typhiques et réaction agglutinante

M. Widal a pu constater avec M. Sicard les propriétés agglutinatives de la sérosité pleurale des typhiques à l'encontre de M. Ménétrier.

Séance du 18 décembre 1896.

Réflexes dans la sciatique.

M. Babinsky communique l'observation d'un malade qui, atteint de sciatique, avait présenté la diminution et même la disparition du réflexe du tendon d'Achille. Ce symptôme peu connu serait fréquent dans la sciatique.

M. Rendu fait l'éloge de membres de la Société décédés dans l'année : MM. Labric, C. Paul, Straus, Girode et Hanot.

J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 décembre 1896. — Présidence de M. Ch. Monod.

Appendicite.

M. Pozzi. — La typhlite peut-elle donner des symptômes analogues à ceux de l'appendicite? MM. Millard et Bazy l'ont affirmé. La non guérison après résection de l'appendice, l'existence des lésions sur le cæcum, de la suppuration sans lésion de l'appendice, sont autant d'arguments en faveur de cette opinion. Celle-ci serait indépendante de l'appendicite. Il est certain que, concurremment avec l'appendicite, il existe de la la pérityphlite, qui peut lui survivre, mais cela ne prouve nullement que la pérityphlite a pu exister seule. Quant à la guérison des prétendus abcès après incision, sans élimination de corps étrangers, nous savons que celui-ci a pu passer inaperçu pendant son élimination. Il y a solidarité pathologique entre l'appendice et le cæcum; mais il ne s'ensuit pas que l'on doive déposséder l'appendice de son privilège de donner de l'appendicite. On peut dire que l'entéro-colite et la typhlo-appendicite peuvent former un ensemble, deux étapes successives et le plus souvent contemporaines. L'appendice est un locus minoris resistentiæ. Quand la lésion primitive s'étend faiblement dans le cæcum, elle s'aggrave rapidement dans l'appendice. Il y a des appendicites d'emblée dues à des corps étrangers. Y a-t-il des appendicites par métastase due au retentissement local d'une affection générale, varicelle, grippe, etc? Il se passe là ce qui se passe dans d'autres organes. Il est sûr que, lorsque l'appendice a déjà été atteint, si un enfant est atteint de varicelle, le lieu de moindre résistance sera réenflammé. M. Dieulafoy a peut-être été un peu exclusif; mais sa théorie peut être acceptée dans bien des cas, où elle rend compte des phénomènes foudroyants de certaines appendicites.

M. Reynier est du même avis que M. Brun. Il n'admet pas la théorie du vase clos. Il cite un fait où, un abcès dans la fosse iliaque gauche étant ouvert, il persista dans son diagnostic d'appendicite. Quelque temps après, il dut ouvrir et on trouva un appendice très long, nullement oblitéré. Les appendicites sont de véritables grippes de l'appendice, à côté de celles où on trouve un bouchon par corps étrangers ou par stercorome.

M. Poirier. — L'appendice est un organe en régression. On a dit que cela pouvait expliquer l'appendicite familiale. En réalité cela s'applique à tout appendice. Il suffit qu'à un moment

le péritoine se torde, se plie par défaut de parallélisme du développement de l'iléon et du mésentère pour constituer un tout petit vase clos. On a parlé de microbisme latent; mais l'appendice dans une crise nouvelle n'est-il pas dans les mêmes conditions que lors de la première crise, et par suite n'est-il pas en butte à toute nouvelle crise. C'est la théorie mécanique, qui pour moi donne toute l'histoire de la pathogénie de l'appendicite.

Constriction des mâchoires.

M. CHAVASSE. — A la suite d'un coup de feu dans chaque oreille, un malade conserve une ankylose complète de la mâchoire inférieure. On fait une résection de la branche maxillaire à droite. Celle-ci permet l'introduction d'un écarteur de la mâchoire et rompt l'ankylose fibreuse du côté gauche.

M. VILLEMIN. — *Entéropexie pour remédier à des accidents d'occlusion intestinale.*

M. JULLIEN. — *Infection purulente consécutive à un panaris superficiel.*

Séance du 23 décembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. CH. MONOD.

De l'appendicite.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE appuie les protestations de certains auteurs anglais relativement à l'appendicite. Il croit à l'existence de la typhlite et de la pérityphlite, et tient à réagir contre ceux qui n'admettent que l'appendicite. On fait très souvent des erreurs de diagnostic et confond à peu près toutes les maladies abdominales avec l'inflammation de l'appendice. La théorie du vase clos, à son avis, ne supporte pas l'examen. L'appendicite n'est guère qu'un épiphénomène des diverses affections de l'intestin. Si la théorie de l'appendicite familiale était vraie, il faudrait enlever l'appendice, comme on sectionne le prépuce chez les israélites. Beaucoup de poussées appendiculaires sont dues à de l'encombrement de l'intestin et à des défauts d'alimentation. On ne doit enlever l'appendice que dans des cas très limités ; la plupart du temps, il faut se contenter d'ouvrir l'abcès péricæcal.

M. FÉLIZET apporte deux observations de typhlite à la discussion et à l'appui de la théorie émise par M. Bazy et défendue par M. Championnière. Quand on opère à chaud, on trouve très rarement l'appendice; ce qui tient parfois à ce qu'il n'est pas en cause, comme dans les deux cas cités.

M. RECLUS cite le cas d'une malade atteinte d'oxyures, qui prit un lavement de sublimé, à doses très fortes. Phénomènes intestinaux graves. Douze jours après, douleurs très vives dans la fosse iliaque droite et crises d'appendicite très intenses; puis tout se calma. Ce qui prouve que l'appendicite paraît liée, dans la plupart des cas, à des altérations du gros intestin. M. Reclus critique la théorie de M. Poirier.

M. PONCET. — D'après 71 opérations, la théorie du vase clos ne lui paraît répondre à la réalité des choses Ce n'est qu'une hypothèse. Dans ces dernières années, il a observé douze cas nouveaux. Les appendices perméables donnent des accidents comme les appendices clos.

M. MICHAUX fait un rapport sur une observation de M. VÉLAIN (d'Evreux), ayant trait à une *fistule appendiculaire, d'origine herniaire, chez un jeune enfant.* Il n'y a pas d'autre exemple d'appendicite herniaire avec fistule. L'étranglement herniaire de l'appendice paraît très rare. Bien plus souvent, il s'agit d'appendicite herniaire.

M. JALAGUIER présente une petite fille, *opérée d'un bec de lièvre avec réfection de la narine*, qui a été parfaitement reconstitué par le procédé de M. Berger.

M. TUFFIER présente un malade, qui a subi l'*extirpation totale de la vessie pour épithéliome de la muqueuse.*

M. SCHWARTZ montre un *enchondrome à petites cellules de la tête de l'humérus*, tumeur énorme, enlevé par amputation interscapulo-thoracique chez une jeune fille.

M. MONOD présente un *enchondrome du cinquième doigt.*

M. MICHAUX a observé un *enchondrome des cinq doigts.*

M. ROUTIER présente une pièce qui prouve que dans l'*appendicite* il n'y a lésion du cæcum que secondairement.

M. G. MARCHAND a opéré un malade dans un cas analogue : rien dans le cæcum.

M. REYNIER insiste sur ce point.

M. BRUN est aussi de cet avis.

ELECTIONS POUR 1897. — Sont nommés : Président de la Société de Chirurgie M. le Dr DELENS; vice-président : M. Paul BERGER. — Secrétaires : MM. NÉLATON et REGNIER. — Trésorier : M. WALTHER. — Archiviste : M. BRUN.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 décembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. WEBER.

Usage hypodermique des sels de mercure dans le traitement de la syphilis.

M. JULLIEN, contrairement à l'avis émis récemment par M. Gallois à la Société, donne la préférence au calomel sur les sels hydrargyriques solubles dans le traitement hypodermique de la syphilis.

M. MOUTARD-MARTIN approuve l'emploi du calomel en injections sous-cutanées ; toutefois, il est d'avis de n'user de ce mode d'administration du mercure que lorsque le traitement ordinaire est resté inefficace ou ne peut être toléré.

Intolérance de l'antipyrine.

M. DALCHÉ signale un cas d'intolérance de l'antipyrine chez un homme de 68 ans. Ce malade, après l'absorption de faibles doses d'antipyrine, fut atteint de stomatite ulcéreuse, de coryza, de points de côté thoraciques et d'une éruption érythémateuse. Bien que ce malade fut atteint de glycosurie transitoire, d'azoturie et de phosphaturie, M. Dalché pense que le manque d'élimination par le rein n'est pas l'unique cause de l'intolérance du médicament et qu'une influence nerveuse encore mal connue doit être incriminée.

ÉLECTIONS. — La Société procède alors à la modification de ses statuts et à l'élection de son bureau pour 1897. J. NOIR.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE.

Séance de décembre 1896. — PRÉSIDENCE DE M. KOPFF.

Extraction du cristallin dans un cas de tache circonscrite de la lentille.

M. JOCQS. — Un homme de 38 ans, employé à la correspondance dans une grande maison de commerce, se plaint, en avril 1896, de ce que sa vue a baissé au point qu'il ne peut plus ni lire ni écrire. L'examen des yeux démontre qu'ils sont tous les deux atteints d'une opacité circonscrite du centre du cristallin, le reste de la lentille étant absolument transparent. Le fond de l'œil est normal. État de la vision : de loin, $V = 1/3$, de près = ne lit que le n° 9. Malgré que cet homme puisse encore voir passablement de loin et vaquer à des occupations grossières, comme il ne voudrait pas perdre sa place, il se décide à se laisser extraire le cristallin de l'œil gauche. Après maturation artificielle par la discision, l'extraction est faite en plusieurs temps. Quinze jours après la dernière intervention, l'opéré avec des verres appropriés à V de loin = 1, de près = lit n° 1, c'est à dire qu'il peut lire les plus fins caractères. L'intérêt de ce cas réside en ce que ce malade, qui aurait dû attendre fort longtemps l'opacification complète de son cristallin et abandonner son gagne-pain, a pu recouvrer, par l'extraction immédiate, une vision aussi parfaite qu'auparavant. A un point de vue plus général, M. Jocqs est d'avis que l'extraction est de mise dans bien des cas d'opacité circonscrite stationnaire du cristallin et d'occlusion pupillaire, suite d'iritis, comme il en a déjà publié trois cas.

M. DESPAGNET. — Le cas relaté par M. Jocqs est sans doute un cas heureux; mais il n'en est pas moins vrai que l'opération peut ne pas réussir, tandis qu'une iridectomie est toujours satisfaisante. Les cataractes nucléolaires mettent quinze ans à évoluer, et les troubles visuels surviennent dès le début. Il faudrait donc opérer de suite, au lieu d'attendre que l'œil ne voit plus, pour éviter ainsi les responsabilités.

M. DARIER. — Dans plusieurs cas, j'ai fait l'iridectomie et la cataracte s'est développée dans la suite. Il vaut mieux pratiquer l'extraction, dès l'âge de 40 ans.

M. VIGNES. — L'iridectomie est appelée à rendre tout autant de service dans les cas semblables à celui-ci.

M. Parent. — L'iridectomie optique ne donne pas toujours les résultats optiques très satisfaisants. Les opacités de ce genre vont très lentement, et l'on est toujours obligé de revenir plus tard à l'extraction. Mieux vaut donc la faire de suite.

M. Kœnig. — La communication de M. Jocqs présente un grand intérêt. Ce qu'il nous propose est pour ainsi dire le corollaire de la méthode que j'ai préconisée il y a huit ans pour la guérison de la myopie (extraction du cristallin transparent). Combien de fois n'avons-nous pas vu de ces cataractes dont la maturité est interminable. Les malades souffrent beaucoup de cet état de choses. Ceux qui sont obligés de travailler pour vivre se désespèrent de ces lenteurs qui durent des années, pendant lesquelles ils ne peuvent se livrer à aucune occupation rémunératrice; les autres se lamentent et ne prennent pas du tout leur parti de ce retard. Que faire en présence de ces réclamations incessantes ? Les encouragements et les conseils sont platoniques. On peut les prodiguer, mais cela ne change pas leur situation parfois si malheureuse. M. Jocqs propose d'enlever le cristallin dans certains cas spéciaux ; mais je souhaiterai que l'on tentat de généraliser cette mesure à un plus grand nombre de cas. Le plus difficile est d'en faire un choix judicieux et de distinguer les variétés d'opacification auxquels on peut appliquer cette méthode. M. Jocqs me paraît trop exclusif en proscrivant l'iridectomie. Je la réserverai volontiers pour les cataractes nucléolaires, dans lesquelles l'opacité est nettement circonscrite en un point limité. L'ouverture que l on réalise ainsi est suffisante au point de vue optique et au point de vue esthétique; faite le plus souvent en haut, la paupière supérieure dissimule la difformité et la rend moins gênante. Si l'opacification s'étend aux couches corticales voisines du noyau, je n'hésiterai pas à extraire le cristallin. J'observe en ce moment une malade, dont les cristallins ont commencé à s'opacifier il y a bientôt dix ans. L'évolution de la cataracte est si lente qu'on peut considérer cet état comme stationnaire. Il existe dans les différentes parties des stries opaques dirigées en divers sens. Pour les cas analogues à celui-ci, on devrait pratiquer l'extraction du cristallin sans attendre la maturité de la cataracte. J'ai opéré, il y a deux ans, à Vichy, avec le Dr Régnier, un malade qui avait des opacités disséminées et qui se plaignait beaucoup de la situation intolérable dans laquelle il se trouvait. C'est sur ses instances réitérées que je fis l'opération. L'iridectomie faite au préalable n'avait pas donné un bon résultat visuel.

Parmi les opacités corticales antérieures et postérieures qui rayonnent du centre à la périphérie, l'iridectomie est notoirement insuffisante; à elles s'adresse aussi le procédé que nous préconisons : l'extraction simple. Aussi bien elle peut s'appliquer à plusieurs variétés de cataracte, parce que le retard de la maturité n'est pas absolument spécial à des formes déterminées. Quant aux différentes altérations cataracteuses des myopes, il est superflu de faire remarquer que ceux-ci bénéficieront sous un double rapport de l'extraction. M. Jocqs a rappelé ce qu'il a déjà dit à propos des obstructions pupillaires, suite d'iritis qui s'accompagnent de dépôts d'urée sur la cristalloïde. Il est vrai que l'iridectomie exclusive serait illusoire, parce que tôt ou tard il faut recourir à l'extraction qui est nécessaire toujours dans les cas graves. Mais dans les cas d'adhérences nombreuses, l'iridectomie faite simultanément doit être conservée pour préserver l œil de nouvelles récidives.

En résumé, je suis convaincu que l'on peut rendre aux malades un grand service, tout en gardant vis-à-vis d'eux la réserve qu'indique M. Jocqs. Il faut rompre avec les vieilles traditions et ne plus leur sacrifier l'intérêt des malades et les exigences de certaines situations qui s'imposent.

M. Terson. — L'iridectomie doit être conservée, comme étant une opération devant rendre de grands services.

M. Gorecki. — C'est une grande responsabilité que l'on encourt d'opérer un œil qui a encore de la vision. L'ouverture provoquée par l'iridectomie supérieure est couverte par la paupière.

M. Jocqs. — Malgré toutes les objections qui ont été faites, je tenais à vous presenter ce malade, chez qui l'opération a donné d'excellents résultats. Il avait ete prévenu de toutes les éventualités et il les a acceptées, car sa situation devenait intolérable, et il voulait à tout prix être débarrassé de cette gêne de la vision, qui le privait d'exercer sa profession. Des cas analogues peuvent souvent se présenter, et j'ai voulu mettre en évidence une opération qui se justifiait par ces considérations.

Traitement de l'ectropion sénile.

M. A. Terson. — Le traitement de l'ectropion sénile est encore mal établi et il semble que l'on ait le choix, si l'on en croit les auteurs, entre une multitude de procédés diamétralement opposés pour guérir une seule et même lésion. Le malade que je présente était atteint d'un double ectropion sénile, très marqué et datant de plusieurs années. La conjonctive a été anesthésiée à la cocaïne à 1 pour 20 et j'ai injecté dans la peau de la région, avoisinant les deux commissures externes, quelques gouttes de cocaïne à 1 0/0. J'ai réséqué ensuite le bourrelet conjonctival sous forme d'une large bandelette allant de la commissure externe à la commissure interne, en passant même en arrière du canalicule lacrymal inférieur. Je suis resté à 1 millimètre du rebord palpébral et à 2 millimètres environ du cul-de-sac conjonctival. J'ai ensuite excisé, à côté de la commissure externe et dont l'étendue, une fois suturée, corrigeait exactement le relâchement palpébral. Les soies ont été enlevées le quatrième jour. J'ai laissé la commissure externe complètement intacte. Le malade est resté, comme deux autres que j'ai opérés, complètement guéri. Je crois ce procédé moins incertain et moins douloureux que les sutures de Suellen, moins dangereux que les résections verticales ou horizontales du tarse, moins hasardeux que les cautérisations ignées. Le procédé combiné de la résection conjonctivale et cutanée permet le *dosage* du redressement dans chaque cas et a l'avantage, tout en luttant simultanément contre la hernie conjonctivale et le relâchement palbébral, de ne pas déformer l'ouverture palpébrale, vu qu'il ne touche pas la commissure externe.

Sarcome de la paupière inférieure.

M. Fage. — Les sarcomes primitifs des paupières sont des tumeurs fort rares. Je viens d'en observer un cas chez une malade de trente-sept ans, dont le père avait eu un cancroïde palpébral. Elle présentait une tumeur grosse comme une fève, occupant les deux tiers externes de la paupière, formant une masse bosselée, mobile sous la peau. Pas d'adénopathie ni d'altération de l'état général. J'ai pratiqué l'ablation de la paupière par une incision en V et l'autoplastie avec un lambeau quadrilatère d'après le procédé de Dieffenbach. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de récidive. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-fuso-cellulaire non pigmenté, développé entre le tarse et l'orbiculaire.

Elections. — La Société avait à renouveler son bureau pour l'année 1897. M. Jocqs est élu vice-président, en remplacement de M. V gnes élu président.

MM. Kœnig et Terson sont nommés à l'unanimité secrétaires des séances. E. K.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 17 décembre 1896.— Présidence de M. A. Lefèvre.

M. Zaborowski présente à la Société la *photographie d'habitants du Dahomey* ; il prie instamment ses collègues de penser à leur collection, qui est très pauvre en ce moment; elle ne contient, en effet, que la photographie de quelques Malgaches, qui ne sont même pas de Madagascar.

M. Félix Regnault offre à la Société un exemplaire de son ouvrage intitulé : *Hypnotisme et Religion*; dans son travail l'auteur a eu pour but de faire ressortir le rôle de la suggestion dans la religion; Charcot l'a déjà précédé dans cette voie, ajoute-t-il, et cet ouvrage a été créé, tant dans un but de vulgarisation scientifique que dans celui de mettre au point un certain nombre de travaux relatifs à la question. Il signale, en particulier à ses collègues, le chapitre qui traite du rôle de la suggestion dans la guerre, sur le résultat des batailles, des conquêtes, que les historiens n'ont pas assez étudié.

M. Manouvrier présente un important mémoire de M. Th. Chudzinski sur les *muscles peauciers de la face chez l'homme et les anthropoïdes*. Ce mémoire est le fruit des nombreuses dissections faites, pendant vingt années, par M. Chudzinski,

au Laboratoire d'Anthropologie de l'Ecole des Hautes-Etudes; un résumé de ce travail paraîtra dans le Bulletin de la Société.

M. LETOURNEAU lit une communication de M. BERTHOLON (de Tunis) sur l'*ethnologie tunisienne et celle du Nord de l'Afrique.* F. REGNAULT.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I.— **L'Hygiène des Asthmatiques**; par E. BRISSAUD. — Biblioth. d'Hygiène therapeutique. — Masson, éditeur.

I. — M. Brissaud, avant d'aborder le traitement hygiénique de l'asthme, fait la description de la crise d'asthme typique et en étudie l'étiologie et la pathogénie.

L'asthme typique pur est rare. Il se manifeste chez les personnes douées de nervosisme constitutionnel. Aussi le malade atteint d'asthme typique doit suivre l'hygiène générale des neuro-arthritiques qui exige des pratiques d'hydrothérapie méthodique, des exercices physiques bien distribués et une grande régularité dans l'emploi du temps. M. Brissaud qui compare l'asthme typique à l'épilepsie essentielle fait remarquer que cette hygiène générale des nerveux, influence très favorablement les épileptiques qui y sont soumis dans le service de M. Bourneville à l'hospice de Bicêtre.

Le malade, au point de vue prophylactique, saura mieux que tout autre les conditions climatériques et accidentelles qui provoquent les crises d'asthme typique essentiel. Cette maladie étant d'origine spasmodique et provenant, soit du spasme des bronches, soit d'après une théorie moins ancienne du spasme des muscles inspirateurs extrinsèques, nécessitera l'administration prophylactique de médicaments destinés à combattre l'éréthisme des centres nerveux. Les bromures ne donnent aucun bon résultat dans l'intervalle des crises. La valériane est plus efficace. Les iodures agissent avec le plus de succès, surtout l'iodure de potassium. La belladone peut encore être utile; quant à l'arsenic, il est indiqué dans certaines variétés d'asthme, de préférence les asthmes avec catarrhe, mais non dans l'asthme essentiel.

A côté de l'asthme essentiel sont les asthmes symptomatiques. L'asthme bronchitique, qui finit par déterminer l'emphysème et la fatigue cardiaque. La cure arsénicale et chlorurée sodique à La Bourboule ou au Mont-Dore, la cure sulfureuse à Aix-la-Chapelle, la pneumatothérapie, jointes à des pratiques hydrothérapiques, à l'exercice réglé et aux inhalations balsamiques sont de sérieux moyens prophylactiques. La fréquence de l'asthme nasal est réduit par M. Brissaud, qui ne nie pas son existence, à de justes proportions, dont des médecins par trop spécialistes avaient tenté de le faire sortir.

Nous ne ferons que mentionner l'asthme sternutant, les divers asthmes d'origine viscérale (cutané, gastro-intestinal, hématique, psychique), les formes irrégulières ou larvées.

L'autonomie de l'asthme et de la tuberculose est admise par l'auteur; mais, comme la règle n'est pas sans exception, M. Brissaud conseille de faire céder, en pareils cas, l'hygiène de l'asthme à celle de la tuberculose.

L'asthme des foins dû, selon quelques auteurs, au pollen des plantes et en particulier à celui de l'absinthe romaine, nécessite le choix d'une villégiature à l'abri des causes du mal en été et l'emploi d'antipyrine. Dans cet asthme, les lésions du nez, si elles existent, doivent être respectées.

L'asthme infantile qui souvent disparait à l'adolescence ou à la puberté nécessite l'accoutumance aux variations thermiques et l'emploi ininterrompu de l'hydrothérapie. Quand l'asthme infantile est symptomatique, l'on devra traiter ce symptôme (ablation des tumeurs adénoïdes, traitement des adénopathies trachéo-bronchiques, du lymphatisme, traitement vermifuge, etc.).

A propos de cet asthme infantile, M. Brissaud décrit la scoliose asthmatique à localisation dorsale et non lombaire. La cachexie des asthmatiques due à l'anorexie se combat par une alimentation appropriée à heure fixe et peu abondante à la fois.

L'auteur termine ce très intéressant ouvrage en mettant en garde contre la morphinomanie, la cocaïnomanie et la stramoniomanie, empoisonnements chroniques qui frappent d'autant plus facilement les asthmatiques qu'ils sont d'un tempérament nerveux.

II. — **Manuel de thérapeutique clinique**; par G. LEMOINE. Deuxième édition, Battaille, éditeur, 1896.

II. — La nouvelle édition de ce manuel, dont nous avons déjà vanté les qualités et l'utilité en analysant la première édition de 1893, contient des chapitres absolument remaniés comme ceux de la diphtérie, des maladies infectieuses, de l'obésité, de l'ataxie locomotrice, etc. M. G. Lemoine s'est adjoint l'aide des Drs Patoir et Deléarde, pour les questions de bactériologie. Ainsi complété, le manuel de thérapeutique clinique de M. Lemoine est un véritable traité de médecine pratique d'autant plus utile au praticien que ses articles sont plus condensés et d'une lecture facile et rapide. Nous regrettons que le caractère même de pareil livre ne puisse se prêter à l'analyse.

III. — **Consultations et ordonnances médicales**; par A. MALBEC. Deuxième édition, Maloine, 1897.

III. — M. Malbec a su dans ce petit livre faire un formulaire raisonné, absolument complet et capable de rendre les plus grand services au médecin dans sa clientèle. Le traitement de chaque maladie est exposé sous forme de consultation ou d'ordonnances dont le choix a été l'objet d'un éclectisme minutieux. Les maladies sont classées par groupes nosologiques et non alphabétiquement. Le traitement de maladies spéciales, telles que maladies de la peau, empoisonnements, etc., rarement bien exposées dans les ouvrages de ce genre, sont soigneusement formulés. Une table de posologie augmente encore l'intérêt pratique des *Consultations* de M. Malbec, qui rendront des services incontestables à tous les médecins.

IV. — **Formulaire pratique de Dujardin-Beaumetz** (neuvième édition); par A. GILBERT et P. YVON.— O. Doin, éditeur, 1896.

IV. — L'éloge de ce formulaire n'est plus à faire. C'est un des plus commodes et des plus complets qui existent, car outre le formulaire pharmaceutique, il comprend un résumé d'hygiène thérapeutique, un dictionnaire succinct des Eaux minérales, un aide-mémoire de thérapeutique, de longs chapitres sur la sérothérapie, les empoisonnements et contre-poisons, et l'examen des urines. L'opothérapie, mot par lequel M. Landouzy désigne le traitement par les extraits d'organe, les médicaments nouveaux, sont ajoutés à cette neuvième édition.

Un aide-mémoire d'obstétrique dû à M. le Dr Demelin rendent encore plus complet et plus utile ce formulaire dont le nom des auteurs suffit du reste à indiquer la véritable valeur.

V. — **Hygiène et traitement du diabète**; par le Dr E MONIN. Troisième édition. Société d'Éditions scientifiques, 1896.

V. — Après des considérations de thérapeutique générale, l'auteur met en garde les obèses, les arthritiques, les enfants de diabétiques, contre les causes dues à l'alimentation ou à la mauvaise hygiène, qui pourraient déterminer chez eux cette affection. Ils éviteront une nourriture trop féculente ou trop sucrée, fuiront les émotions violentes, les secousses morales, veilleront au bon fonctionnement de la peau, etc. M. Monin aborde ensuite l'hygiène proprement dite du diabétique, résume en quelques pages le régime carné conseillé en pareil cas. Les agents physiques qui tiennent le second rôle dans l'hygiène du diabète sont les exercices en plein air, les divers sports, les travaux manuels qui ne devront jamais être poussés jusqu'aux surmenages. On évitera soigneusement les refroidissements. L'hydrothérapie sera usitée avec précautions. Le séjour dans les pays chauds devra être conseillé.

L'hygiène morale consistera à éviter les fatigues intellectuelles, les émotions, les excès et l'ennui.

La médication du diabète variera selon le degré. Le régime et l'hygiène suffiront dans le diabète léger. La médication alcaline donnera de bons résultats dans les formes moyennes. Les narcotiques, la quinine, l'iode, l'arsenic, les toniques et les reconstituants joueront tour à tour leur rôle. Vichy, Carlsbad, Vals, Pougues seront conseillés dans les cas ordinaires. La Bourboule sera préférée dans le diabète confirmé et cachecti-

que, Saint-Honoré, Royat et nombre d'autres stations thermo-minérales trouveront aussi dans certains cas leur indication.

Un résumé du traitement des complications du diabète, un essai de synopsis clinique, un appendice formulaire terminent ce petit volume, résumé intéressant de la thérapeutique du diabète que le médecin pourra consulter avec fruit. J. Noir.

CHRONIQUE MÉDICALE

Les Médecins amants.

Pietro Pagello (*Suite*) (1).

M. Paul Mariéton vient de donner dans *Une Histoire d'Amour* (2) des détails curieux qui complètent très heureusement ce qu'on savait déjà, grâce à M. Cabanès, de la biographie de M. le Dr Pietro Pagello. Comme nous avons déjà raconté nous-même, à cette place, les amours de ce digne confrère, toujours vivant, avec George Sand, nous croyons de notre devoir, pour édifier complètement le public sur ces incroyables relations de savant et de femme de lettres, de lui faire part des réflexions que nous a suggérées récemment la lecture des quelques pages consacrées par M. Mariéton à cet homme excellent, qui fut la discrétion même! — « Habile et intelligent dans sa profession, avec de vrais dons de poète, il (Pagello) était d'une franche beauté, forte et plantureuse, quand il connut Sand à Venise ». Le « Smith » de la *Confession d'un Enfant du siècle* lui ressemble à s'y méprendre...

M. Mariéton insiste avec raison sur la grande réserve que Pagello garda jusqu'à ces dernières années. De plus, il nous révèle la publication du fameux mémorial autographe, rédigé par ce médecin lui-même dans sa jeunesse, et qui n'est pas du tout resté inédit, comme l'ont prétendu certains interviewers.

Ce journal intime a été publié, en effet, dans un volume très rare (3), récemment retrouvé. Pagello y raconte qu'il aperçut un jour, en se promenant avec un de ses amis, G. Sand au balcon de l'Hôtel Danieli. Il fut frappé de son expression virile. Et, dès le lendemain, il était mandé à l'hôtel pour soigner la mélancolique française d'une forte migraine. Immédiatement, il la saigna... Rien que cela pour une migraine ! — A. de Musset le reconduisit poliment et Pagello, en sortant, se dit : « Tu reverras cette femme et elle te dominera! » — Voilà le coup de foudre, ou je ne m'y connais pas!

Il est probable, d'ailleurs, que Sand n'était pas resté sans découvrir l'admiration du jeune Italien et que le *hasard* seul ne lui amena pas, pour médecin, précisément celui qui l'avait distinguée de la rue.

Vingt jours après, Pagello revenait, appelé cette fois auprès d'Alfred de Musset malade, avec non pas le Dr Rebizzo ou Berizzo, mais bien le Dr Santini. (Il paraît que la famille Rebizzo n'avait rien de médical).

Un soir, on veillait ensemble A. de Musset. Tout à coup, Sand se met à griffonner avec la fougue de l'improvisateur. Son visage est ferme et semble vraiment inspiré. Elle écrit pendant une heure... Quand elle a terminé, elle regarde fixement Pagello et lui remet ce qu'elle vient d'écrire. C'est la fameuse déclaration ! Evidemment, en l'espèce, G. Sand a eu, à ce moment précis, quelque chose d'analogue à ce qu'éprouvent souvent les « gendelettres » professionnels. un *accès suraigu d'écriturite*, pour ne pas dire plus...

Pagello dévora l'autographe de la célèbre Française, dans sa modeste chambre de petit médecin, et fut sidéré par cette bonne fortune. Qui de nous n'eut éprouvé pareille sensation à sa place? C'était plus que le bonheur! Etre aimé par une femme pareille...

Le lendemain, G. Sand l'enlevait au lit même d'Alfred. Le surlendemain, aux pieds du même grabat, les choses étaient rendues plus loin et le malade s'en apercevait (fameuse scène de Falconey, dans *Lui et Elle*), si toutefois A. de Musset n'a pas pris pour une réalité une vision de typhoïdique en délire.

Des lettres inédites de G. Sand à Pagello, on doit conclure que notre confrère se conduisit, dans toute cette affaire, en excellent cœur. La romancière ne lui écrit-elle pas?

« Est-ce que tu es capable de dire une injure ou une grossièreté à une femme? Non, pas même à celle qui te serait indifférente... Es-tu sûr que je sois digne d'un cœur aussi noble que le tien?... Quand je vois ta figure honnête et bonne, ton regard tendre et sincère me rassure.... Reste avec ton air simple, ton sourire de jeune fille, ton regard doux. »

Musset de retour en France, G. Sand s'installa chez Pagello. Tout Venise fut scandalisé — ce qui se conçoit sans peine! — de voir un brave et intelligent médecin s'afficher ainsi avec sa maîtresse! Pourtant, Pagello ne perdit pas tous ses clients. Et, pour moi, c'est peut-être ce qu'il y a de plus extraordinaire en cette aventure romanesque. Il est vrai qu'on était en Italie et en particulier à Venise.

G. Sand dit en effet :

« Pagello est dehors toute la journée, puis s'endort méthodiquement sur le sofa après diner, avec sa *pipetta* dans l'œil, comme la flute de Deburau. »

Le jeune médecin habitait alors une petite maison modeste, mais jolie, la *Cazza Mezzani*, en face le *Porte dei Pignoli*. Le ménage n'était pas riche; mais on y vivait, chacun travaillant de son côté. Entre deux visites, Pagello, — qui était loin d'être un poète vulgaire —. composait la charmante Serenata dont nous avons parlé.

Cette vie bourgeoise, tranquille et modeste, ne pouvait durer; mais elle ne prit fin que lorsque G. Sand dût retourner à Nohant pour les vacances de ses enfants. Elle voulut emmener Pagello, qui comprit de suite qu'il reviendrait sans elle du beau pays de France ; mais, comme il l'aimait sincèrement, il partit, après avoir obtenu qu'à Paris il vivrait seul et fréquenterait les hôpitaux.

C'est qu'à ce moment-là l'Amour s'était déjà envolé du cœur de George Sand ; et Pagello, — qui était le calme par excellence, — voulut bien se résigner au simple rôle d'ami! Le retour en France par Chamounix, raconté par Pagello dans son naïf mais intéressant journal, fut piteux. A Paris, Pagello descendit à l'Hôtel d'Orléans. rue des Petits-Augustins, dans une chambrette du troisième étage, à 1 fr. 50 par jour. Et Sand rentra chez elle. Le roman d'amour était fini. Le pauvre Italien, exilé à Paris, devenu à son tour jaloux de Musset, ne fut sauvé que par le souvenir de sa mère. Les mères, — les vraies! — ont fait bien des sauvetages de ce genre chez les âmes bien nées.

C'est alors qu'il se mit à étudier la médecine à Paris. On lui délivra un permis de pratique (à l'Hôtel-Dieu) pour tous les grands hôpitaux de Paris; puis il visita l'Hôtel-Dieu et ensuite la Charité, où il fut présenté par Boucoiran (1), son mentor, à Lisfranc, qui l'accueillit avec grande courtoisie. Huet, Lisfranc, Amussat lui prodiguèrent des amabilités (peut-être grâce à quelque recommandation du puissant Buloz, qui le traita en journaliste et en collaborateur de Sand), et l'aidèrent à acquérir de nouvelles lumières dans les sciences médicales. Avec l'argent de tableaux italiens, apportés de Venise et délicatement placés par son ancienne maîtresse, il acheta une boîte d'instruments de chirurgie et quelques livres. Il quitta Paris le 23 octobre 1834, « avec la certitude d'avoir été un honnête homme ». Ce qui est indiscutable et très consolant pour nous.

Il vécut ensuite tranquille à Venise, dit M. Mariéton, considérant de loin, sans se vanter, le sillage de gloire qui suivait, à travers le siècle, celle qui avait été son amie d'un jour. C'est là certainement l'un de ses plus beaux titres de gloire. La Discrétion doit être la qualité primordiale de tout vrai médecin ! Marcel Baudouin.

(1) Voir *Progrès médical*, 1896, n° 46, p. 391-392.
(2) Havard fils, 1897.
(3) Codemo (L. . — *Racconti, scene*, etc. 1882, Trévise.

(1) Ami de G. Sand, chargé du soin de ses enfants.

VARIA

La Médecine et les Médecins au Théâtre en 1896 (*Suite*) (1).

En Province.

Toute la presse poitevine vient de constater le succès remporté au théâtre de Niort par le *Sillon*, comédie en trois actes, de M. Henri Clouzot, l'auteur déjà applaudi d'*Après la valse.*

Il y a, dans la pièce de cet amoureux des lettres, un personnage dont nous devons parler. C'est le Dr Lebret, un jeune médecin, d'abord repoussé par Madeleine, l'héroïne trop éprise de Julien, son premier amour, qu'elle apprend à mieux connaître au cours de la pièce. C'est ce bon confrère qui remplaçant le Dieu antique, *Deus ex machinâ*, intervient au dénouement pour sauver la situation, et c'est lui qui épouse Madeleine, éclairée enfin sur le compte de Julien. Elle a compris tout ce qu'il y a d'amour vrai dans le cœur du Dr Lebret : ce qui nous venge des appréciations de E. Lantier sur les amours des chirurgiens en général et de Pagello en particulier !

Encore l'Évasion.

1° Nous avons reçu, de l'auteur de l'*Evasion*, la lettre ci-dessous. Nous nous empressons de déférer à son désir.

« Saint-Jean-sur-Mer.

« Monsieur et cher Confrère,

« Je vous remercie de votre article ; mais, puisque vous me l'offrez si galamment, veuillez déclarer que mes personnages ne sont pas des portraits : ce qui est l'absolue vérité.

« Et comme cette accusation m'est venue de différents côtés, vous ne m'en voudrez pas, je pense, d'avoir fait publier ce démenti par le *Figaro*.

« Mille remercîments, « BRIEUX ».

2° Mon ami, A. Prieur, me prend à partie dans le dernier numéro de la *Tribune médicale* au sujet de mon article sur l'*Evasion*. Je le remercie cordialement des compliments qu'il me décerne à cette occasion, et auxquels je suis très sensible ; mais je crois qu'il s'est un peu mépris sur mes intentions. Je les avais pourtant soulignées.

Je n'ai pas eu, comme il semble le croire, l'intention de louer M. Brieux au *détriment de la médecine et de la science.* J'ai dit seulement ce que je pense, et je le maintiens, à savoir que la pièce de M Brieux est, *au point de vue dramatique et littéraire*, une pièce excellente, et que M. Brieux (à mon humble avis, qui a peut-être sa valeur, car je crois avoir aussi une certaine habitude du théâtre) est un écrivain d'avenir. Voilà tout. — La preuve, c'est que je n'ai pas discuté un instant les théories qu'il soutient et que, — grâce à une quinzaine d'années d'un travail de bénédictin médical, — je sais, aussi bien que qui que ce soit, être *radicalement fausses.* — Et puis l'*Ironie* n'a-t-elle pas été donné à l'homme pour qu'il puisse s'en servir (2). M. B.

Actes du Collège des Médecins de Barcelone 1896.

Cette association corporative nombreuse, riche et puissante, a formulé dans sa dernière assemblée les vœux suivants qui vont être soumis aux pouvoirs publics : 1° Adhésion obligatoire pour tout médecin à un collège médical, union fédérative de tous les colleges médicaux avec le même sceau et les mêmes statuts pour tous, conformément au vœu déjà émis par le collège de Madrid. 2° Le président ou une délégation du collège seront désignés pour prendre officiellement part à tous les débats judiciaires et administratifs se rapportant à l'exercice illégal, aux infractions aux lois sanitaires, enfin à tout ce qui a trait aux intérêts, droits, devoirs, jurisprudence et dignité des médecins. 3° Chaque année, au mois de janvier devra avoir lieu une cérémonie commémorative en l'honneur des membres du collège morts pendant l'année précédente. F. B.

Translation des cendres et Inauguration du Monument funéraire de Pasteur.

Comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, le 26 décembre dernier ont eu lieu la translation des cendres et l'inauguration du monument funéraire de Pasteur à l'Institut de la rue Dutot.

La cérémonie a lieu avec un certain éclat. Elle a débuté par un service religieux à Notre-Dame où étaient demeurés les restes de Pasteur, service auquel assistaient, en outre de la famille, MM. les Prs Brouardel, Debove, Grancher, MM. les Dr Monod, Bucquoy, Roux, Chantemesse, etc. Puis le cercueil a été placé sur un fourgon funéraire et conduit à l'Institut Pasteur.

Là se trouvait réuni le Tout Paris scientifique et le corps médical était largement représenté. Dans la crypte, dont la description a paru avec force détails dans les journaux quotidiens, ont été prononcés de nombreux discours. Ont pris, en particulier, la parole : M. le Ministre de l'Instruction publique, M. Bertrand, M. le Président du Conseil municipal de Paris, M. Gaston Boissier, qui n'a parlé que de la religion de Pasteur, M. le Président de l'Académie des sciences, M. le Pr Joseph Lister, président de la Société royale de Londres, venu en France exprès pour la cérémonie, avec une délégation de plusieurs médecins anglais, M. le Directeur de l'Ecole normale, M. L. Passy, M. le Président de l'Association des étudiants, M. Duclaux, etc.

La chapelle funéraire est située sous le vestibule d'entrée de l'Institut : c'est une véritable œuvre d'art, que les artistes, aussi bien que les savants, visiteront avec émotion. M. B.

Hospices de Grenoble

Concours pour la nomination d'un médecin titulaire des hospices de Crémieu (Isère).

Ainsi que nous l'avons annoncé, les épreuves du concours préalable à la nomination d'un médecin titulaire des hospices de Crémieu ont lieu, le mardi 22 courant, à l'hospice de Grenoble, dans la salle ordinaire des séances du Conseil d'administration. Le jury médical chargé de statuer sur le mérite des candidats avait été tiré au sort parmi MM. les membres du corps médico-chirurgical des hospices de Grenoble. Il se composait de : MM. le Dr Girard, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine, président ; le Dr Allard, chirurgien en chef honoraire des hospices ; le Dr Turel, chirurgien en chef honoraire des hospices ; le Dr Berthollet, médecin titulaire de l'hospice ; le Dr Nicolas, médecin titulaire de l'hôpital ; le Dr Comte, chirurgien titulaire de l'hôpital ; le Dr Flandrin, médecin-accoucheur de l'hôpital ; M. Bovier-Lapierre, maire, président de la Commission administrative des hospices de Crémieu, représentait cet établissement.

Les épreuves du concours étaient au nombre de trois : 1° Examen clinique d'un malade atteint d'une affection médicale : consultation orale sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie. Le malade choisi par le jury était une femme atteinte d'une affection des reins. Dix minutes ont été données pour examiner le sujet. La durée de la consultation orale était également limitée à dix minutes après un temps égal de préparation. 2° Examen clinique d'un malade atteint d'une affection chirurgicale : consultation écrite sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie. Le malade choisi par le jury était une femme ayant une fracture du col du fémur. Dix minutes étaient accordées pour l'examen et une heure pour la rédaction de la consultation écrite. 3° Question de pathologie médicale à traiter par écrit. Le sujet, tiré au sort, était le suivant : De la pleurésie purulente. Deux heures et demie ont été accordées pour traiter ce sujet

Après la lecture des compositions écrites, MM. les jurés ont arrêté le nombre de points obtenus et ont communiqué le résultat au représentant de la Commission administrative des hospices de Crémieu. M. le Dr GARCIN, ancien interne des hôpitaux de Lyon, médecin à Crémieu, a obtenu 358 points, le maximum était fixé à 420. Le jury a été unanime à féliciter le candidat de la manière particulièrement brillante avec laquelle il a subi lse épreuves.

En conséquence, et en vertu des pouvoirs qui lui étaient conférés par la Commission administrative des hospices de Crémieu, M. Bovier-Lapierre, maire-président, a proclamé M. le Dr Garein, médecin titulaire de l'établissement. M. Bovier Lapierre a ensuite remercié la Commission admi-

---

(1) Voir *Progrès médical*, nos 50, 51 et 52.

(2) Une petite erreur s'est glissée dans l'article de la *Tribune*. Ce n'est pas au lendemain de la répétition générale que Prudhon a changé sérieusement sa tête ; je puis le garantir, ayant vu trois fois la pièce en dix jours.

nistrative des hospices de Grenoble d'avoir bien voulu se charger de la constitution du jury médical et de l'organisation matérielle des épreuves ; il a remercié également MM. les membres du jury du concours qu'ils ont prêté à son administration. « Lorsque, dit-il, les diverses administrations hospitalières dauphinoises sauront qu'elles trouvent à Grenoble un accueil empressé et un jury dont l'autorité et l'impartialité ne peuvent être contestées, nul doute qu'elles viennent à vous et adoptent, pour leur corps médical, le mode de recrutement par le concours ».

M. le Dr Girard répond que l'Administration hospitalière grenobloise et MM. les membres du Corps des médecins et chirurgiens de l'hôpital ont été heureux de se mettre à la disposition des hospices de Crémieu pour faciliter l'organisation de leur concours. Il ajoute que l'institution du concours évite aux Commissions administratives l'embarras de se prononcer entre des compétitions personnelles ; elle assure aux malades des soins éclairés de la part du candidat le plus méritant et garantit mieux que tout autre la dignité du médecin. Déjà, un très grand nombre d'hôpitaux font, de l'avis favorable du jury, une condition essentielle de la nomination de leurs médecins. Il est à désirer que cet exemple soit suivi par les autres établissements. Pour sa part, la Commission administrative des hospices de Grenoble, qui a adopté depuis longtemps le principe du concours, mettra toujours le plus grand empressement à faciliter aux institutions similaires l'application du même procédé de nomination.

A l'issue du concours, un banquet, offert par la Commission hospitalière de Crémieu, a réuni à l'hôtel Trillat, MM. les membres de la Commission administrative des hospices de Grenoble, MM. les membres du jury et le candidat reçu.

Décoration allemande de M. Roux.

On sait que l'empereur Guillaume vient de conférer au Dr Roux l'ordre de la Couronne royale. A un journaliste qui l'interrogeait au sujet de cette décoration, M. Roux a répondu :

« Le gouvernement français décora jadis le Dr Koch pour reconnaître ses travaux et ses expériences, qui honoraient non seulement l'Allemagne, mais encore le monde savant tout entier. Plus récemment encore, au lendemain des premières découvertes sur le vaccin de la diphtérie, notre gouvernement décorait à nouveau les Drs Lœffler et Behring, toujours médecins allemands. Ces docteurs ont-ils refusé l'hommage que le gouvernement français leur adressait ? Non, n'est-ce pas ? Et cependant Behring est un illustre savant. Pour rendre aux savants français ces témoignages de politesse, le gouvernement allemand me décore : c'est un échange de bon procédé et je ne vois pas pourquoi j'irais refuser le témoignage que l'empereur Guillaume veut bien m'adresser. Outre que je n'ai aucun motif à ce refus, ce serait peut-être aussi, je crois, des difficultés à notre chancellerie, qui éprouverait sans doute un assez grand ennui d'avoir à expliquer à la chancellerie allemande les raisons de mon attitude... »

Un cas de Somnambulisme chez un élève de l'École normale supérieure.

M. D. Ordinaire, député, qui vient de mourir, avait par un privilège très spécial, passé quatre années à l'École normale supérieure. Au cours de sa seconde année, il avait en effet été victime d'un accident singulier, qui l'avait tenu six mois au lit ; il avait obtenu de redoubler cette année perdue. Il était nerveux et sujet à des accès de somnambulisme, dont s'amusaient ses camarades. Un jour, il était sorti de son lit, il avait enjambé, toujours dormant, la balustrade de la fenêtre, et en descendant avec l'agilité d'un singe, il avait posé son pied sur le fer de lance d'une grille. Il s'était empalé la jambe et, s'éveillant, il avait jeté un cri terrible. On voulait lui couper la jambe. Il déclara qu'il aimait mieux s'en aller dans l'autre monde avec ses deux jambes que de rester avec une seule dans celui-ci. Il eut raison, car il guérit. Il est vrai qu'il a longtemps marché... avec des béquilles. Cet accident n'altéra en rien sa bonne humeur. Jamais il n'y eut plus gai compagnon que Dionys Ordinaire.— C'est le brave Francisque Sarcey qui a conté cette émotionnante histoire. Elle doit être vraie.

JOURNALISTIQUE. — Nous recevons le premier numéro de *Il Pratico*, journal semi-hebdomadaire, publié à Florence par le Dr Gino Gelli.

NÉCROLOGIE.

M. le Pr DU BOIS-REYMOND (de Berlin).

Le célèbre physiologiste DU BOIS-REYMOND, professeur à l'Université de Berlin, est mort en cette ville à l'âge de soixante-dix-huit ans. Il était né à Berlin en 1818, était fils d'un conseiller d'Etat originaire de Neufchâtel (Suisse), et chef au ministère de l'Intérieur, du bureau auquel ressortissait l'administration de cette ancienne annexe du royaume de Prusse. Elève du gymnase français de Berlin, du Bois-Reymond commença ses études théologiques auxquelles il renonça bientôt pour l'histoire naturelle. Dès 1841, il entreprit des travaux sur l'électricité organique qui furent l'œuvre de toute sa vie. Sa première publication fut une dissertation sur « le courant des grenouilles et l'électromotricité des poissons ». Toutes les observations qu'il fit ensuite dans la première période de sa carrière ont été par lui-même rassemblées dans son grand ouvrage sur l'*Electricité animale* (1848 et 1860). Membre de l'Académie des Sciences de Berlin dès 1851, M. du Bois-Reymond en devint secrétaire perpétuel en 1867. Il avait succédé, en 1858, à son maître Johannes Müller dans la chaire de professeur de physiologie de l'Université de Berlin.

Disséquant les idées nouvelles en ce qu'elles ont de pratique, il fut également un écrivain scientifique de premier ordre, par la clarté et l'agrément de l'exposition. Outre ses ouvrages de science pure, nous citerons : *Voltaire dans ses rapports avec l'histoire naturelle*, les *Institutions universitaires allemandes*, les *bornes de la connaissance de la nature ; a propos d'une académie de langue allemande*, etc. Il eut le malheur de ne pas aimer beaucoup les Français. Et on lui en a toujours voulu en France !

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 déc. au samedi 19 déc. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 143, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes 405, illégitimes, 178, Total, 583. — *Sexe féminin* : légitimes, 407, illégitimes, 153. Total, 560.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 déc. au samedi 19 déc. 1896, les décès ont été au nombre de 881, savoir : 483 hommes et 398 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F 1, T. 1. — Typhus : M 0, F. 0, T 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 2, F. 0, T. 2. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 6, F. 3, T. 9. — Grippe : M. 0, F. 2, T 2. — Phtisie pulmonaire : M. 105 F. 55, T. 160. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 6, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 8, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 15 F. 38, T. 53. — Méningite simple : M. 10, F. 15, T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 26. T. 55, — Paralysie, M. 8, F 6, T. 14. — Ramollissement cérébral : M 4. F 5. T. 9 — Maladies organiques du cœur : M. 28. F. 33, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 8, T. 28 — Bronchite chronique : M 11, F 22, T. 35 — Broncho-pneumonie : M 19, F. 12, T. 31. — Pneumonie : M. 23, F. 19, T. 42. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M 22 F. 12, T 34 — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 6 T 22 — Gastro-entérite sein : M. 8. F 1, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 0. F 0 T. 0 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F 2 T. 2 — Débilité congénitale : M. 15, F. 14, T. 29. — Sénilité : M. 11, F. 23, T. 34. — Suicides : M. 7. F. 5, T. 12. — Autres morts violentes : M. 10. F. 7, T. 17. — Autres causes de mort. M 77, F. 53. T. 130. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 3, T 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 14. Total : 49 — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 15. Total : 38.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une dernière session en [illegible] du 28 juillet 1885, [illegible] avril 1897. Sont [illegible] extraordinaire les étudiants inscrits le 1er novembre 1896.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie de Médecine de M. le Dr Huchard, pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante, dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle, par suite du décès de M. Paul Constantin).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CAMUS, docteur en médecine, est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1896-97, chef-adjoint des travaux pratiques de physiologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. BEULAYGUE (Louis-Lucien), pharmacien de 1re classe, est institué, pour une periode de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. ALLAIRE, chef des travaux chimiques, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans à dater du 11 juin 1897.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin principal de 1re classe Breton, M. le médecin principal de 2e classe Berthelé, MM. les médecins-majors de 1re classe Florance, Bienvenu, Grosse et Pugibet; MM. les médecins-majors de 2e classe Didier et Clauzeix prennent leur retraite.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le médecin principal Pfihl a été désigné pour faire partie, comme médecin de division, de l'état-major du contre-amiral Godin, dans l'escadre de réserve.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — Ont été promu dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, au grade de médecin en chef de deuxième classe : M. Clarac (Louis-Marie-Albert), médecin principal des colonies ; au grade de pharmacien en chef de première classe : M. Grandaubert (Jean-Jules), pharmacien en chef de deuxième classe des colonies.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. ALLUAUD, boursier du Muséum d'Histoire naturelle, vient d'être chargé, par cet établissement, d'une mission scientifique à Madagascar. M. Alluaud, qui s'embarquera le 10 janvier prochain, explorera la partie sud de l'île, dans les environs de Fort-Dauphin.

MÉDECIN CANDIDAT DÉPUTÉ. — M. Vallé, député d'Epernay, qui avait tout d'abord accepté de se présenter, vient de faire connaître qu'il retire sa candidature. M. le Dr Langlet reste donc jusqu'à ce jour seul candidat des radicaux-socialistes.

MÉDECINS CANDIDATS SÉNATEURS. — M. le Dr Gailleton, maire de Lyon, aura pour concurrents au Sénat, MM. Clapot, député de la deuxième circonscription de Lyon, radical, et Causse, président de la commission départementale. Néanmoins, la lutte parait devoir se circonscrire entre M. Gailleton qui recueille un grand nombre de voix de Lyon, et M. Clapot qui sera surtout le candidat des communes rurales.

UNIVERSITÉS D'ITALIE ET DE L'ALLEMAGNE. — Les étudiants de l'Université de Pavie ont adressé un appel à leurs camarades des autres universités italiennes pour l'organisation d'un voyage a Berlin aux prochaines vacances de Paques.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.— *Faculté de Médecine de Berlin.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Dr Heinrich Rosin (*médecine interne*) ; Max Laehr (*neurologie*). — *Faculté de Médecine de Berne.* M. le Dr Jos. Jadassohn (de Breslau) est nommé professeur extraordinaire de dermatologie. (*Sem. méd.*).

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Questions posées à l'épreuve orale : *Canal inguinal ; Hernie inguinale congenitale chez l'homme.— Muqueuse utérine à l'état de vacuité; Signes de la grossesse normale.*

Concours pour la Médaille d'or. — Voici les résultats du concours.— *Médecine*: M. CLAUDE (médaille d'or); M. GASNE (médaille d'argent ; M. Kahn (accessit).

HOPITAUX DE PARIS.— *Le budget.*— A la séance de lundi dernier du Conseil municipal, une discussion s'est engagée entre MM. Paul Strauss et Alpy sur le budget de l'Assistance publique ; elle a été close par l'adoption d'une proposition de M. Strauss invitant l'administration et la 5e commission à soumettre au Conseil le programme minimum des dépenses indispensables de premier établissement pour les *institutions d'assistance publique.*

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Les *concours de l'internat et de l'externat* des hôpitaux de Marseille se sont terminés par les nominations suivantes : *internes*. MM. Vaysse, Niel, Laporte, Bernard, Cotte, Chailau et Mas. *Externes* : MM. d'Anthoine, Aubert, Porcheron, Pieri, Jourdan, d'Hawthorn, Aubert, Coltelloni, Russ, Thieu, Litardi et Reybaud.

ASILE DE VAUCLUSE. — Le budget de cet établissement a été adopté sur le rapport de M. Arsène Lopin. Au cours de cette délibération, le rapporteur a appelé l'attention du Conseil général sur la promiscuité des aliénés et des vieillards hospitalisés dans cet asile. Il a dit que l'encombrement est tel, que dans plusieurs dortoirs des matelas sont jetés chaque soir à terre parce que les lits sont insuffisants ; les cellules laissent à désirer.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BÉGARD.— *Incendie.*— A Saint-Brieuc, le 22 décembre, dans la nuit, un violent incendie a détruit en partie l'important asile d'aliénées-femmes de Bégard, dirigé par les religieuses du Bon-Sauveur et occupé par 800 folles, la plupart appartenant au département de la Seine. Le feu s'est déclaré à sept heures du soir dans l'église communale, à la suite d'une imprudence d'un sacristain. Il a gagné la communauté contigue et a détruit une grande partie du batiment central. L'église est complètement brulée. Les folles ont pu être éloignées à temps. Les secours ont été apportés de Guingamp, distant de 15 kilomètres par les pompiers et le 48e régiment d'infanterie. On ne signale aucun accident de personne.

HOMMAGE A M. LE Dr JULES SIMON. — Les amis et les élèves du Dr Jules SIMON, à l'occasion de sa retraite des hôpitaux, se réunissent en un banquet le jeudi 14 janvier 1897, à 7 heures 1/2, à l'hotel Continental. Cotisation 20 fr. — Adresser les adhésions au Dr Carron de la Carrière, 4, rue du Cirque, à MM. Paul Boncour et Canuet, internes à l'hôpital des Enfants-Malades.

HOMMAGE AUX SAVANTS FRANÇAIS. — *Prix Humphry Davy.* — M. Moissan vient d'être l'objet d'une haute distinction de la part de la Société royale de Londres. Celle-ci vient de lui conférer, en considération de ses célèbres travaux chimiques, la grande médaille d'or d'Humphry Davy, la plus haute récompense dont elle dispose.

RÉCOMPENSES. — A la fin de la réunion de la Société de prévoyance de la Préfecture de police, un certain nombre de médailles ont été décernées : M. le Dr Trouillet et M. Girard, directeur du Laboratoire municipal, ont obtenu une médaille de bronze.

NOMINATIONS DIVERSES. — MM. les Drs Arnal et Bergeret sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque d'Albertville.

LE SERVICE SANITAIRE DE NUIT. — A la séance du Conseil municipal de lundi, M. Gibert a deposé le rapport sur les recettes du service médical et pharmaceutique de nuit. Les remboursements atteignent à peine 4,000 fr. tandis que les dépenses (visites à 10 fr. et bons de pharmacie à 3 fr 50 en moyenne) s'élèvent à plus de 145,000 fr.

LA MAISON DE REPOS DE NICE. — La maison de repos que Mme Furtado-Heine a si gracieusement offert à Nice aux officiers revenant de campagne, est placée sous la direction de M. le chef de bataillon en retraite Lascombes, precédemment major au 4e zouaves. M. le chef de bataillon Opigey, qui a présidé à l'installation de la villa de la promenade des Anglais, a quitté Nice pour aller à Caen diriger le service de recrutement.

LE LAIT A PARIS. — Mme le Dr Madeleine Brès et MM. Piettre et Basset ont été adjoints à la Commission municipale d'études de l'alimentation par le lait.

L'ALIMENTATION PAR LE LAIT STÉRILISÉ. — Les travaux de la commission instituée pour l'étude de l'alimentation par le lait ont été ouverts par M. Pierre Baudin, président du Conseil municipal ; il a remercié les hautes personnalités médicales et scientifiques qui ont bien voulu prêter leur concours à une œuvre appelée à rendre les plus grands services à l'hygiène générale de la population parisienne et surtout aux enfants. M. Paul Strauss a pris ensuite la parole pour expliquer les motifs de son initiative; il a voulu, dit-il, provoquer entre savants et administrateurs, un échange de vues et de travaux, une collaboration et une entente profitables surtout aux enfants du premier age. Plusieurs membres de la commission, notamment MM. Brouardel, Roux, Duclaux, Duprez, Ch. Girard, Budin, Variot, Napias, Levraud, etc., ont pris la parole et la répartition en trois sous-commissions a été décidée : la première étudiera la *production du lait, la surveillance sanitaire des étables et le transport*; la deuxième, la *stérilisation et les différents procédés de conservation*; la troisième, *la vente et la distribution du lait.*

UN ÉTUDIANT EN MÉDECINE HOMICIDE. — Une correspondance de Bruxelles avait signalé l'arrestation dans cette ville d'un etudiant en médecine de la Faculte de Nancy, nommé X..., qui s'était enfui après avoir tiré trois coups de revolver sur son père. L'Agence nationale annonce que ce jeune homme est encore soupçonné d'être l'auteur d'une tentative d'empoisonnement de sa famille, commise au mois de juin. Une enquête est ouverte a ce sujet, à Bar-le-Duc. X..., réfractaire à la loi sur le recrutement de l'armée, sera poursuivi par les autorités militaires.

UN FAUX ÉTUDIANT EN MÉDECINE. — Sur la plainte du directeur de l'œuvre du Bon-Secours, société de bienfaisance instituée pour venir en aide aux ouvriers atteints de maladies chroniques que l'Assistance publique ne peut garder dans les hôpitaux, M. To-

quence, commissaire de police, a envoyé au Dépôt un jeune homme de vingt-six ans, nommé Gaston Junard, se donnant comme étudiant en médecine, qui recueillait à domicile pour cette œuvre de bienfaisance des souscriptions qu'il s'appropriait. Gaston Junard a été arrêté au moment où il se rendait chez un député du Nord pour faire appel à sa charité. Il a été trouvé porteur d'une liste de souscription, précédée d'un mot de recommandation revêtu des fausses signatures des Drs Dieulafoy, de l'hôpital Necker, et Landouzy, de l'hôpital Laennec. Au commissariat de police, Junard a avoué que, depuis trois mois, il s'était ainsi approprié près de 10.000 fr.

La Folie du jeuneur Succi. — Succi, le célèbre jeûneur, est subitement devenu fou chez lui. Il venait de rentrer, lorsque, pris subitement d'une crise furieuse, il saisit un porte-parapluie en fonte et se mit à briser tout dans les deux petites pièces qu'il avait louées toutes meublées. Au bruit, les voisins accoururent suivis du concierge et des gardiens de la paix. Succi leur jeta à la tête tout ce qui lui tomba sous la main : flambeaux, bouteilles vides, bijoux, etc. On dut le ligotter pour l'emporter au poste de l'Opéra. Là, le malheureux jeûneur se calma un peu et resta trois quarts d'heure dans le corps de garde, riant et chantant, puis vint une nouvelle crise, après laquelle on le conduisit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Succi avait commencé, le 3 décembre à l'Olympia, un jeûne qui devait durer quarante jours, mais qu'il dut [illegible] au bout de deux semaines. Depuis lors, il était sombre et pourtant chaque soir, il se rendait dans cette salle de spectacle où semblaient s'aviver continuellement ses regrets de n'avoir pu remplir ses engagements.

La Peste aux Indes. — On annonce officiellement de Bombay, le 23 décembre, que la peste a éclaté à Kurrachee ; elle augmente à Bombay.

La peste en Asie. — Le correspondant du *Soleil*, à Saint-Pétersbourg, pousse un cri d'alarme. Selon ses prévisions, les nations européennes ne seraient rien moins que menacées à bref délai de l'invasion de la « tchouma » ou peste asiatique. La peste dévaste l'Hindoustan ; et l'Angleterre, qui règne dans ce pays en maîtresse absolue, se déclare impuissante à étouffer le fléau. Étant donné le trafic qui relie l'Hindoustan à l'Europe, par mer et par terre, l'Angleterre d'une part, la Russie d'autre part, et avec elles tout l'Occident, ne sauraient tarder à être contaminés. Le correspondant du *Soleil* termine son article en demandant « s'il ne serait pas temps qu'une commission internationale de médecins, appuyée par leurs gouvernements respectifs, imposât enfin aux maîtres de l'Hindoustan certaines mesures de salut public ou, si vous préférez, de conservation sociale, bien entendu, qui délivreraient l'univers de ce perpétuel cauchemar. »

Les Instituts Pasteur en Russie. — Le premier institut Pasteur pour le traitement de la rage a été fondé en Russie, à Odessa, le 16 juillet 1886, sur l'initiative de M. Metchnikoff. Durant la même année, des instituts pareils ont été créés à Varsovie, à Samara, à Saint-Pétersbourg et à Moscou ; en 1887 à Karkov et enfin en 1888 à Tiflis. Tous ces instituts fonctionnent encore en Russie.

Institut Pasteur de Porto. — On vient d'inaugurer solennellement à Porto un établissement destiné au traitement de la rage et auquel a été donné le nom d'Institut Pasteur.

La première Ovariotomie. — La première ovariotomie n'est pas due à Mc Dowell, comme on le dit si souvent ; elle serait l'œuvre de Robert Houston et aurait été faite cent ans avant le cas de Mc Dowell, soixante-dix ans avant la naissance de celui-ci, en 1701 exactement. L'opération de Houston a été signalée par lui à l'époque, et l'observation a paru en 1726 dans le volume 33 des « Philosophical Transactions » ; elle est intitulée : « Hydropisie de l'ovaire gauche d'une femme de 58 ans, guérie par une large incision pratiquée au côté gauche de l'abdomen ». M. Lawson Tait, qui a eu connaissance de ce cas, n'a pas hésité à y voir la première ovariotomie, et son jugement est de ceux qui comptent. (*Rev. Scient.*, décembre 1896).

Troubles universitaires en Russie. — Le calme est en train de se rétablir dans les esprits un peu surexcités de la jeunesse universitaire de *Saint Pétersbourg*. Au bal annuel universitaire, tout s'est passé d'une façon joyeuse, sauf un petit incident : les étudiants ont refusé de chanter en chœur l'hymne national proposé par un des inspecteurs de l'Université, et préférèrent entamer le [illegible]. Les étudiants ont la promesse formelle de plusieurs [illegible] d'intervenir en faveur des cinq étudiants notés par le [illegible] d'obtenir qu'il ne leur soit infligé aucune peine. D'autre part [illegible], on parle de nombreuses arrestations opérées parmi les étudiants par la police. Une soixantaine d'entre eux auraient [illegible]. A Moscou, les manifestations des étudiants étaient principalement dirigées contre le gouverneur général le grand-duc Serge, oncle et beau-frère du tsar. Il y a déjà un mois, il recevait par la poste un paquet contenant un petit cercueil de poupée renfermant plusieurs autres bières de plus en plus petites et dans la dernière une carte avec ces mots : « Au prince Serge de Khodinsk », allusion transparente à la catastrophe. Le grand-duc est très impopulaire à Moscou. Le bruit court, du reste, que le grand-duc Serge sera prochainement appelé au poste de général inspecteur de l'infanterie, qui va spécialement être créé pour lui.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Claudius Chervin aîné, fondateur de l'Institut des Bègues de Paris, décédé le 23 décembre dans sa soixante-treizième année. Nous adressons à notre confrère, M. le Dr A. Chervin, son fils, nos compliments de condoléance. — M. le Dr Poisson père, de Nantes. — M. le Dr Gayat, de Saint-Raphaël. — M. le Dr Jos von Gerlach, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le Dr Karl Heitzmann, ancien privatdocent d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le Dr A. S. N. Stadfeldt, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Copenhague. — M. le Dr I. M. Gwosdew, professeur émérite de médecine légale à la Faculté de médecine de Kazan.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

LA FOI QUI GUÉRIT

PAR

J.-M. CHARCOT

Brochure in-8 de 48 pages. — Papier vélin, prix 2 fr., pour nos abonnés, 1 fr. ; papier Hollande, prix 3 fr., pour nos abonnés, 1 fr. 50 ; papier Japon, prix 4 fr., pour nos abonnés, 2 fr.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Nous appelons de nouveau l'attention de nos lecteurs sur les **ETRENNES MÉDICALES** *que nous avons mentionnées dans nos précédents numéros.* Voir page xcvi des annonces, n° 52.

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 2. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 9 JANVIER 1897

Le Progrès Médical

REVUE MÉDICALE

—

Contribution à l'étude du typhus exanthématique :

Par le Dr P. SPILLMANN (1).

M. le Pr Spillmann (de Nancy) étudie l'histoire d'une *épidémie de typhus exanthématique*, qui eut eu lieu à Nancy, en novembre et décembre 1893, janvier, février et mars 1894. Il relate neuf observations, dont cinq suivies de mort, et quatre avec autopsies. Cette étude est précédé d'un avant-propos, dans lequel. M. Spillmann, après avoir rendu justice aux mesures de précaution, de désinfection et d'isolement qui ont empêché l'épidémie de se repandre au dehors, regrette que l'*isolement du pavillon de typhiques* à l'hôpital de Nancy ne soit pas complet. Il ne connaît guère d'installation complète en cas d'épidémie qu'à Zurich et à l'hôpital Pellegrin à Bordeaux. Recherchant ensuite la filière étiologique de l'épidémie, il la retrouve facilement dans cinq de ces cas. Elle échappe complètement dans les quatre autres. A. L'épidémie part de la prison de Nancy : 1° Le premier malade est un nommé Bour, vagabond, expédié de Clairvaux, où il n'y avait aucun typhique, à la prison de Nancy le 11 novembre 1893. Trois semaines après on note des symptômes d'abattement, d'épistaxis, d'anorexie, de céphalée. Une semaine plus tard, le 11 décembre, il entre à l'hôpital. 2°, 3° Bour, communique le typhus dans la prison à deux détenus, à Legras, son voisin de lit, et à un nommé Joffroy, qui sont atteints respectivement les 9 et 14 décembre. A l'hôpital, ces malades communiquent le typhus à deux personnes; 4° à un infirmier qui, renvoyé le 1er janvier, part pour Dijon, y tombe malade à l'hôpital de cette ville. On croit à une rougeole maligne et le diagnostic n'est fait qu'au moment de la défervescence; 5° à une sœur de l'hôpital qui, très surmenée, tombe malade dix-sept jours après l'arrivée de Bour. — B. Dans les quatre autres cas, l'étiologie se découvre difficilement. Mais les quatre malades, les nommés Doré, Ludwig, Collignon, Penot, étaient tous des vagabonds sans ouvrage, vivant dans les plus mauvaises conditions d'hygiène.

Clinique.— L'évolution de la maladie est restée classique. Les *symptômes* les plus souvent observés sont : la céphalalgie constante; le délire violent dans quatre cas, la stupeur et l'adynamie dans cinq; l'insomnie dans deux, le catarrhe oculo-nasal dans cinq. L'albuminurie n'a manqué que dans trois cas. Au contraire, une seule fois on a trouvé du gargouillement iliaque avec constipation, de la diarrhée, de l'hypertrophie de la rate. — Dans les *prodromes*, on a noté une fois une épistaxis, une syncope, un frisson avec point de côté; deux fois une vive rachialgie. — L'*éruption* est apparue au cinquième jour; l'état pétéchial du deuxième au troisième jour suivants, et une fois au quinzième jour de la maladie. — La *fièvre* continue a persisté du onzième au dix-septième jour, et une fois jusqu'au vingt-neuvième jour. La *défervescence* s'est faite soit graduellement en lysis du onzième au vingt-quatrième jour dans un cas, ou souvent brusquement, comme dans la pneumonie, aux quinzième, dix-huitième et vingt-troisième jours.

Complications. — Elles ont été de deux sortes : nerveuses et infectieuses, soit locales, soit généralisées. — A. *Compl. nerveuses.* On a rencontré : 1° *des accidents médullaires* : abolition des réflexes, parésie des membres, incoordination motrice, atrophie musculaire, anesthésie dans un cas; dans un autre, symptômes de contracture, myosis, exagération des réflexes; dans un autre, mouvements ataxiques. 2° des *troubles trophiques* : quatre fois on a vu des eschares fessières ou trochantériennes à évolution rapide dont les bords étaient constamment déchiquetés et irréguliers, le fond violacé.

B. *Les infections* ont été : 1° *locales*. Il s'agit alors d'une virulence spéciale et d'une pullulation des microbes vivant normalement dans la bouche ou le nez : on a trouvé une fois une otite moyenne suppurée apparaissant avec fièvre, quinze jours après l'éruption ; deux fois la bronchopneumonie ; une fois une parotidite suppurée au douzième jour de la maladie, qui s'accompagna de troubles nerveux et circulatoires graves. — 2° *généralisées*. Cette parotidite ascendante à staphylocoques s'accompagna ensuite d'infection généralisée. Dans la pulpe splénique ensemencée après la mort, on découvrit le staphylocoque. Dans un second cas, une périarthrite suppurée qui fut, malgré l'incision, la cause de suppurations multiples, d'origine staphylococcique. Les infections secondaires ont d'ailleurs peut-être été favorisées par le séjour des malades dans un baraquement non désinfecté, affecté préalablement à des varioleux atteints de graves complications.

Urologie. — On a trouvé dans les urines une notable quantité d'albumine, ce qui n'est pas la règle dans le typhus, et qui en aggrave le pronostic. Deux expériences ont été faites pour en recueillir les principes toxiques.

Dans la première, il a été retiré une ptomaïne spéciale, qui, injectée à un lapin, n'a produit aucun effet toxique. Dans la seconde, on a recueilli une matière albuminoïde qui, injectée à un lapin, a bien produit une élévation de température de 2° mais pas eu d'effet toxique. D'autre part, l'urine typhique, injectée sans préparation à un lapin, n'a produit aucun accident. De ces expériences, il serait téméraire de conclure que le lapin présente une résistance spéciale aux poisons typhiques. Il est plus légitime de penser que des troubles dans le fonctionnement du rein ont empêché l'excrétion de ces toxines. Celle-ci sont restées dans le sang et dans les reins comme le démontre l'examen anatomo-pathologique d'un de ces reins atteint de lésions profondes.

Bactériologie. — On n'a retrouvé : 1° ni le diplocoque décrit par Dubief et Brühl dans les mucosités pharyngées des typhiques. Dans toutes les expériences faites, on n'a retrouvé que du staphylocoque ou du pneumocoque ; 2° ni ces éléments microbiens signalés dans le sang par M. Thoinot. En effet, dans un cas, l'ensemencement du sang est resté stérile ; dans un autre, celui de la pulpe splénique. Dans un troisième cas, un ensemencement de rate et de parotidite n'a montré que la présence du seul staphylocoque.

Anatomie pathologique. — M. Baraban a retrouvé surtout dans les reins et la moelle des lésions très intéressantes étant donné la rareté des documents anatomo-pathologiques que l'on a sur le typhus. Et d'abord, on a observé une putréfaction rapide des cadavres, l'absence de lésions intestinales (sauf dans un cas où il y avait suffusion hémorrhagique et hypertrophie des ganglions du mésentère). L'hypertrophie constante du foie allant jusqu'à 2,500 grammes, avec, dans un cas, dégénérescence graisseuse. Friabilité, hypertrophie, augmentation du pigment de la rate répandu dans la pulpe splénique et dans quelques

(1) Revue de Méd., 1896, p. 109.

corpuscules de Malpighi. Dans un cas, dégénérescence du cœur, congestion et infarctus du poumon. Dans un autre, augmentation du volume des capsules surrénales.

Les *reins* sont particulièrement intéressants par les altérations épithéliales qu'ils présentent, et qui montrent en résumé des lésions de congestion rénale et de néphrite épithéliale (*Fig.* 2). On trouve une adhérence à peu près

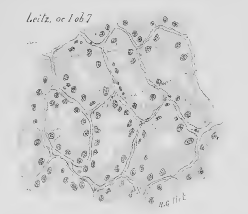


Fig. 2. — Tubes contournés du rein.

complète des épithéliums. Aux *tubuli contorti*, l'épithélium est formé de cellules pyramidales dont le sommet s'avance dans l'intérieur du tube et dont les faces latérales ne touchent plus les cellules voisines. Le contour de la cellule est peu net, le protoplasma granuleux ou, au contraire, pointillé, le noyau simple, quelquefois double, soit qu'il s'agisse d'une double nucléation, soit de deux cellules contiguës. A la région médullaire, les cellules des tubes droits sont petites et nombreuses, avec des noyaux se colorant très inégalement. Il paraît donc y avoir eu multiplication rapide des cellules. Dans la branche descendante de Henle, l'épithélium est un peu épaissi. A la région corticale, il existe une dilatation extrême des vaisseaux sanguins. Entre eux et la capsule de Bowman se trouve un exsudat clair. Les glomérules sont augmentés de volume. La lumière des *tubuli contorti* est oblitérée par places, par la desquamation de grosses cellules épithéliales. Aspect normal des branches ascendantes de Henle et des tubes collecteurs.

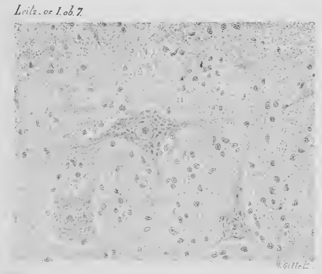


Fig. 3. — Portion de corne antérieure lombaire. — 1. Cellule nerveuse. — 2. Hémorrhagie interstitielle.

Moelle épinière. — Légère congestion des méninges. Au microscope, hémorrhagies interstitielles et lésions des éléments nerveux (*Fig.* 3).

1° *Hémorrhagies.* — Il existe dans la moelle une série de foyers hémorrhagiques très petits ne dépassant pas 200 μ. de diamètre et comprenant à peine vingt globules sanguins. Ils siègent partout, mais plutôt dans la substance grise et dans les cornes antérieures, soit dans la gaine des vaisseaux qu'ils ne dépassent pas, soit dans la substance nerveuse elle-même sans en comprimer les éléments. Ces hémorragies sont récentes et groupées en amas, tandis que dans la pie-mère, elles sont disséminées, répondent à un grand nombre de globules extravasés. Elles siègent surtout à la région lombaire où elles sont trois ou quatre fois plus nombreuses qu'à la région dorsale. Sur une coupe on y retrouve une proportion de dix infarctus pour la substance grise, et de deux pour les cordons. Dans tous les vaisseaux de la moelle, il existe une congestion interne qui va jusqu'à les injecter : en quelques points de ceux-ci il y a même une très légère diapédèse des globules blancs.

2° *Lésions des éléments nerveux.* — Ces lésions sont difficiles à rechercher ; elles siègent surtout dans les cellules motrices des cornes antérieures, dans la substance blanche, dans la région des nerfs. *a*) *Les cellules nerveuses* se colorant bien, à prolongements nets, sont vésiculeuses par suite d'une modification du noyau qui a disparu ; d'autres sont granuleuses. On retrouve sur le plus grand nombre un aspect moucheté qui est normal et résulte de renflements situés sur le trajet des fibrilles émanées des prolongements cellulaires. Mais ici ces mouchetures ne siègent pas seulement dans les couches superficielles, mais aussi vers la profondeur. M. Spillmann les rattache à un processus inflammatoire (*Fig.* 4). — *b*) *Les*

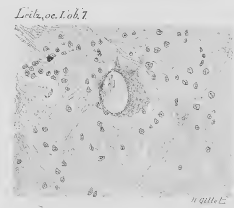


Fig. 4. — Cellule nerveuse vacuolée.

tubes nerveux présentent une disparition presque totale de la myéline. Elle est remplacée par une substance transparente grenue ou rétractée en fibrilles : par places on retrouve quelques traces de myéline. Le cylindre axe persiste mais est déplacé par rapport à l'axe des fibres ; leur calibre est irrégulier, moniliforme, comme s'il y avait tendance à la rupture (*Fig.*5). — *c*) *Racines rachidiennes.*

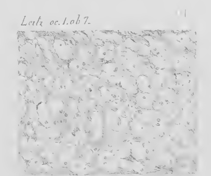


Fig. 5. — Tubes nerveux de la moelle, presque complètement dépourvus de myéline.

On y retrouve à peu près les mêmes lésions, aussi bien dans les antérieures que les postérieures. La myéline manque complètement, ou n'est plus représentée que par des granulations ; le cylindre axe peut manquer. Mais quand

il persiste, il n'est pas déplacé latéralement car la substance qui remplace la myéline y est plus compacte que dans la substance blanche de la moelle. Aucune altération interstitielle dans les nerfs et dans la moelle. L'examen anatomique a été fait sur les pièces du premier malade (Bour).

TERMINAISON. PRONOSTIC. — Sur les neuf malades, cinq sont morts de complications cardio-vasculaires ou nerveuses. Quatre guérissent après une longue convalescence ouvrant la porte à de graves infections secondaires ; ce qui donne une mortalité de 55,55 0/0 beaucoup plus élevée que celle de Thoinot qui n'est que de 15,75 0/0.

TRAITEMENT. — Limité surtout à l'emploi des stimulants. Il a été impossible d'employer la méthode des bains, à cause d'un froid intense et de la mauvaise organisation des pavillons. Dans un seul cas la balnéation a été possible et donnait de bons résultats quand une eschare sacrée avec infection rapidement généralisée est venue emporter le malade.

Voici les observations justificatives accompagnées de leurs tracés thermiques.

OBSERVATION I. — *Eruption confluente ; albuminurie ; myélite ; collapsus ; mort.*

Bour., 29 ans, arrive de Clairvaux, où il n'existe pas de typhus, et entre à la prison de Nancy. 25 jours après. Céphalalgie, abattement général, anorexie, deux épistaxis. Il entre à l'hôpital. Hébétude et délire tranquille. Eruption confluente surtout à l'abdomen et au dos, et atteignant les membres, manquant à la face. Cette éruption d'abord rubéoliforme, revêt trois jours après le caractère pétéchial. Les taches qui la composent ne s'effacent pas à la pression, ont une teinte bleutée et le volume d'une tête d'épingle à un grain de chenevis. Ventre souple, douloureux à la pression, gargouillement dans la fosse iliaque droite, lèvres sèches, fendillées, langue sèche, marbrée, inappétence, constipation. Rate et foie légèrement hypertrophiés. Sibilances généralisées. Pouls régulier, rapide (120). Bruits du cœur éloignés. Urines involontaires, notablement albumineuses. Délire continu, parole tremblotante, hébétude. Sensibilité normale, troubles de la motricité, parésie des membres, diminution de la force musculaire, abolition des réflexes.

Les jours suivants, faiblesse du pouls, adynamie, production d'une eschare fessière à gauche, de 15 centimètres de haut et de 10 de large. Puis tremblement des membres, diminution et abolition de la sensibilité. Douze jours après l'entrée à l'hôpital, collapsus. La température s'abaisse à 37°. Hébétude complète, prostration et mort. La *Fig.* 6 indique la marche de la *température.*

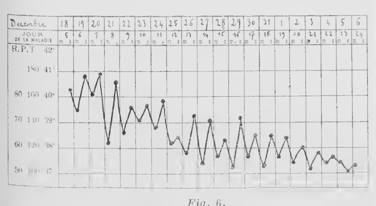


Fig. 6.

Autopsie pratiquée *quatorze heures* après la mort. Maigreur extrême. Aux poumons, adhérences, emphysème, congestion, petits infarctus. Cœur normal. — Foie, 1,600 grammes. — Rate normale, hypertrophie des ganglions mésentériques, épaississement et production d'un enduit jaunâtre sur les valvules conniventes, congestion rénale.

OBSERVATION II. — *Forme adynamique, Parotidite suppurée ; infection secondaire staphylococcique généralisée ; eschares ; mort.*

Legras, 50 ans, syphilitique. Voisin de lit de Bour., entre à l'infirmerie trois jours après lui, se plaignant de maux de tête et d'inappétence. Face hébétée, regard vague, tremblement des lèvres. Anéantissement intellectuel complet, éruption pétéchiale analogue à celle du précédent. Bouche pâteuse, langue rôtie, constipation, ventre douloureux à la pression. Foie hypertrophié, rate normale.

Intermittences cardiaques, pouls petit, rapide. Sibilances aux deux poumons. Quinze jours après, parotidite gauche. Eschare fessière. Vingt-deux jours après, mort dans le collapsus (*Fig* 7).

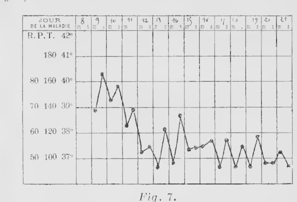


Fig. 7.

Autopsie. — Poumons emphysémateux avec congestion des bases. Infarctus miliaires abondants, d'où s'écoule un sang noir et poisseux. Rate dure, petite, foie très congestionné. Reins congestionnés avec adhérences de l'écorce — Parotidite. 50 grammes. — Intestins rétrécis, pas de plaques de Peyer. Cœur graisseux avec valvules épaissies, muscle cardiaque ferme et noirâtre.

OBSERVATION III. — *Forme adynamique ; défervescence brusque ; otite moyenne suppurée ; périarthrite suppurée ; eschares ; mort.*

Jeoffroy, cordonnier, 18 ans, interné à la prison de Nancy. Le 14 décembre, fièvre, céphalalgie, lassitude, affaiblissement général. Le 19, entrée à l'hôpital. Température à 40°,5. Eruption par tout le corps, identique à celle de la rougeole. Langue rougeâtre sur les bords ; peu d'hypertrophie de la rate et du foie. Ventre souple, diarrhée, pas de douleurs. Urines abondantes et rouges. Râles des deux côtés aux poumons. Pas d'abattement, ni d'hébétude.

30 *décembre.* — Vomissements, disparition de l'éruption, défervescence brusque de 40° à 37°. Le malade recommence à manger.

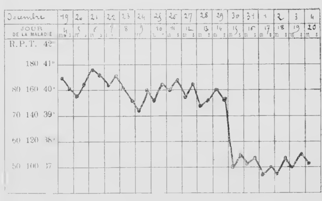


Fig. 8.

14 *janvier.* — Otite suppurée, chute des cheveux par places ; affaiblissement du cœur, température à 39°.

21 *janvier.* — Apparition d'une périarthrite suppurée vers le genou droit. Fluctuation, incision et écoulement de 70 gr. de

pus. Œdème de la cuisse, escharification. Affaiblissement progressif et mort le 19 avril. (La *fig.* 8 donne la marche de la température).

Autopsie. — Plèvre adhérente, poumons emphysémateux, légère péricardite. Hypertrophie du foie et de la rate. Reins durs, se décorticant facilement. Substance corticale graisseuse et pâle. Capsules surrénales très volumineuses.

OBSERVATION IV. — *Eruption rubéoliforme et pétéchiale. Torpeur et prostration. Rétention d'urine et albuminurie. Guérison.*

B..., 27 ans, garçon jardinier, chargé du service d'infirmerie aux typhiques. Il est expulsé de l'hôpital et va à Dijon.

20 *janvier.* — Température 40°; pouls 120-130, catarrhe bronchique et oculo-nasal, diarrhée fétide, éruption de taches rosées. Les jours suivants constipation et délire : les taches se transforment en pétéchies, puis torpeur et prostration complète. Rétention d'urine et albuminurie. Défervescence le 29 janvier. Guérison.

OBSERVATION V. — *Eruption pétéchiale, pas d'affaiblissement intellectuel. Albuminurie et urémie. Mort.*

Sœur Euphrasie, 51 ans. Contracte le typhus au chevet des malades. Le 6 janvier, céphalalgie, rachialgie, nausées.

9 *janvier.* — Syncope, température à 39°,5. Soif vive, constipation, insomnie, céphalée et rachialgie. Lucidité d'esprit complète. Tremblement des lèvres et des mains. Eruption pétéchiale sur les bras, puis généralisée. Pouls petit, perte des urines.

13 *janvier.* — Respiration de Cheynes Stockes, albuminurie, coma et mort le 19. Pas d'autopsie.

OBSERVATION VI. — *Forme adynamique. Eruption pétéchiale. Bronchopneumonie. Guérison.*

Dor., 48 ans, terrassier, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques. Le 17 janvier, frisson avec point de côté et céphalée. Deux jours après douleurs rhumatoïdes au niveau de l'épaule et du genou. Entré à l'hôpital le 31 janvier. Lassitude, hébétude légère. Quelques râles sibilants aux deux poumons.

2 *février.* — Eruption pétéchiale généralisée, sauf à la face. Stupeur, délire. Température, 39°7. Diarrhée verte abondante, urines rougeâtres et rares. Délire violent ; on est obligé de barricader le malade. Diminution des réflexes, mouvements ataxiques des deux côtés.

6 *février.* — Bronchopneumonie légère à droite, au niveau de l'omoplate qui disparaît deux jours après. Grand abattement et affaissement intellectuel.

11 *février.* — Chute de la température, disparition de l'éruption, apparition d'une petite escharre fessière. Continuation de la diarrhée et de la torpeur intellectuelle.

15 *février.* — Amendement de ces divers symptômes; le malade sort guéri le 26 avril (*Fig.* 9).

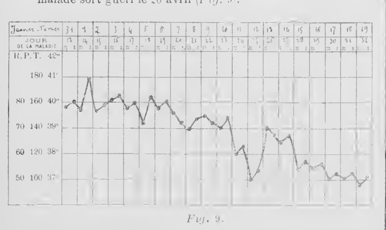


Fig. 9.

OBSERVATION VII. — *Eruption roséoliforme, forme de moyenne intensité. Guérison.*

Ludwi. (Gabriel), manœuvre, 45 ans, arrive à la consultation du 23 mars ; anorexie, asthénie, céphalée, éruption sur le thorax et l'abdomen ayant absolument l'aspect d'une roséole spécifique. Température, le soir, 40°. L'éruption est foncée et prend un aspect rubéoliforme. Sur l'abdomen on trouve quelques taches purpurines tranchant sur les autres taches qui sont papuleuses. Céphalée, constipation, ventre souple et indolore, urines rares et albumineuses, foie et rate normaux, délire violent suivi d'abattement considérable. Aucune modification du côté des appareils cardiaque et vasculaire. Diminution progressive dans l'intensité des symptômes. Guérison le 30 avril.

OBSERVATION VIII. — *Forme adynamique ; délire, eschares à évolution rapide. Mort.*

Penot, âgé de 35 ans. Le 7 mai, fatigue, céphalée, vertiges, rachialgie. Erythème uniforme occupant les deux mains et le tiers inférieur de l'avant-bras. Température, 39°, constipation, râles aux deux poumons.

10 *mai.* — Eruption discrète formée de papules disparaissant à la pression, albumine dans les urines, agitation. Généralisation de l'éruption. La malade est mise au régime des bains froids. Céphalée, urines albumineuses (3 gr. par jour), qui, injectées à un lapin amènent sa mort. Furoncles au niveau des fesses.

21 *mai.* — Délire très violent, eschares à la région fessière, baisse du pouls, prostration. Mort le 28 mai (*Fig.* 10).

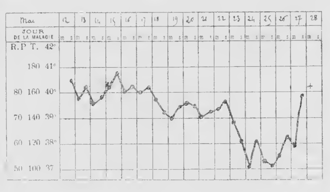


Fig. 10.

Autopsie. — Sang noir, poisseux, se desséchant très vite. Poumons emphysémateux avec noyaux de bronchopneumonie. Intestins resserrés, sans ulcérations. Reins congestionnés, méninges congestionnées. Cœur hypertrophié.

OBSERVATION IX. — *Forme adynamique; albuminurie; guérison.*

Collignon, 38 ans, journalier, privations extrêmes. Entré à l'hôpital le 15 mai, face cyanosée, prostration. Taches violacées sur le ventre et les cuisses. A l'auscultation, sibilances. Pouls petit, filiforme. Urines roses, colorées, albumineuses. Constipation opiniâtre.

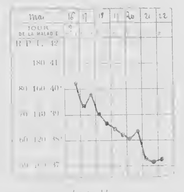


Fig. 11.

16 *mai.* — Selles diarrhéiques, agitation et délire, ventre ballonné, diminution des réflexes, mouvements ataxiques des jambes. Sensibilité diminuée. Petit foyer de bronchopneumonie vers l'angle de l'omoplate.

19 *mai.* — Température, 38°6, délire violent et agité, le malade se lève. Diarrhée profuse, vomissements.

21 *mai.* — Guérison de l'éruption et de la bronchopneumonie; la langue se débarrasse; la diarrhée disparaît; la sensibilité revient. Le malade commence à s'alimenter. Guérison le 25 juin (*Fig.* 11).

L'analyse qui précède montre l'intérêt du travail consciencieux de M. Spillmann. Les figures que nous avons pu y joindre, grâce à l'obligeance de M. Alcan, permettront à nos lecteurs de mieux se rendre compte des lésions observées et de la marche de la température. METTETAL.

HYGIÈNE SOCIALE

Influence étiolologique de l'alcoolisme sur l'idiotie ;

Par BOURNEVILLE (1).

Dès le début de nos études médicales, le hasard a fait que notre attention a été appelée sérieusement sur l'alcoolisme et toutes les conséquences pathologiques et sociales qui en résultent. Nous avons, en effet, collaboré à cette époque, sur la demande de notre maitre Delasiauve, avec son interne, notre excellent confrère L. Duchesne, son externe, E. Dugès, à la statistique qui figure dans la thèse d'agrégation de Racle sur l'alcoolisme.

Depuis, la recherche de l'alcoolisme, comme agent étiologique, chez les malades adultes et enfants, n'a cessé d'être l'objet de nos préoccupations, et nous en avons consigné l'action néfaste dans de très nombreuses observations.

Parmi ces observations, celles qui composent les seize volumes de nos *Comptes rendus* du service des enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, etc..., de Bicêtre (1880-1895) fournissent des renseignements tout à fait démonstratifs. Toujours nous avons soin de relever l'existence ou l'absence des excès de boisson chez les père et mère et chez les ascendants de nos malades. Toujours nous nous enquérons des conditions dans lesquelles la conception a eu lieu, s'il y a des probabilités qu'elle s'est effectuée alors que l'un des conjoints était en état d'ivresse, si la mère a fait abus des boissons alcooliques ou des liqueurs fortes durant sa grossesse ; enfin, si l'on a donné du vin plus que de raison aux enfants qui nous sont amenés.

Aujourd'hui, répondant à l'appel du bureau de notre société, nous vous adressons une statistique portant sur mille de nos enfants de toute catégorie entrés de 1880 à 1890. L'alcoolisme a été relevé :

Chez le père de	171	enfants.
Chez la mère de . -	84	—
Chez le père et la mère de.	65	—
Les renseignements font défaut pour .	471	—
L'alcoolisme n'existait pas chez les parents de.	209	—
Total	1.000	

Dans 57 cas, la *conception* a eu lieu durant l'*ivresse alcoolique* du père. Dans 24 autres cas, il y a de grandes probabilités qu'il en a été de même, mais non certitude.

Nous poursuivrons cette statistique, en la précisant davantage, pour les enfants entrés de 1891 à la fin de 1896.

Telle qu'elle est, la statistique qui précède met en relief une fois de plus le rôle considérable que joue l'alcoolisme dans la production des enfants dégénérés, idiots, épileptiques, imbéciles moraux, instables et pervers. D'où l'impérieuse nécessité de prendre des mesures énergiques pour entraver le développement de l'alcoolisme.

(1) Note lue à la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, le 25 novembre 1896.

ÉPIDÉMIE A L'ÉCOLE MILITAIRE. — Une épidémie de rougeole et d'oreillons, d'ailleurs bénigne, s'étant déclarée à l'Ecole-Militaire, il a été décidé, par mesure hygiénique, que les régiments occupant cette caserne ne délivreraient aucune permission jusqu'à nouvel ordre même pendant les fêtes du premier jour de l'an.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la nécessité d'isoler la coqueluche dans les Hôpitaux d'Enfants.

On se préoccupe, à juste titre, des questions concernant l'hygiène et la prophylaxie des maladies infectieuses dans les hôpitaux d'enfants. On y crée des pavillons destinés à isoler ces maladies; néanmoins on semble négliger systématiquement les coquelucheux. Dans la plupart des projets relatifs à la disposition et à l'aménagement des services spéciaux, il est rare qu'on en réserve un à la coqueluche. C'est un oubli regrettable: nous n'osons pas dire de l'incurie. A plusieurs reprises, et il y a déjà quelques années, A. Ollivier (1) avait insisté sur la rapidité avec laquelle se transmet la coqueluche. On a vu un enfant, s'étant trouvé en contact avec un coquelucheux, présenter au bout de 36 heures des signes non douteux de la maladie. Même en dehors des milieux hospitaliers, la bénignité de la coqueluche n'est pas aussi marquée qu'on a tendance à le croire. Elle prend en tout cas à l'hôpital une gravité qui nécessite une transformation de l'état actuel des choses. Les tables de mortalité, parmi les enfants hospitalisés, sont très chargées. M. Comby (2), après avoir fait remarquer que le pronostic est presque toujours favorable en dehors de l'hôpital, donne les résultats d'une statistique faite à l'hôpital des Enfants-Malades, et portant sur une période de dix années: chez les enfants hospitalisés, la mortalité atteint 29, 25 0/0. Ces chiffres sont éloquents et, cependant, depuis 1889, où s'arrête cette statistique, il n'y a rien de changé à ce même hôpital. En effet, dans une période de huit mois, nous y avons constaté dans une même salle (S. Blache, Service de M. Jules Simon) 65 enfants atteints de coqueluche. Sur ce nombre, il y en a 13 qui ont manifestement contracté la maladie dans la salle. Nous n'y comptons que les enfants qui étaient exposés depuis quinze jours, au minimum, à la contagion. Ce total est certainement au-dessous de la vérité, car on pourrait y ajouter un certain nombre de cas qui se sont déclarés chez des sujets hospitalisés quelques jours et qui étaient rentrés dans leur famille. Nous avons revu à la consultation des parents qui signalaient des quintes et des vomissements chez leurs enfants récemment sortis de l'hôpital. L'origine de l'affection ne nous a pas paru présenter des garanties suffisantes pour que nous fassions rentrer ces cas dans notre statistique.

A la salle Blache, les cas de mortalité ont été de 10 (9 morts par bronchopneumonie et 1 mort après convulsions). Nous ferons remarquer que 7 de ces cas, mortels, sont survenus chez les enfants qui avaient pris la maladie à l'hôpital. Ce n'est pas une simple coïncidence, et la cause est facile à déduire. Depuis longtemps, on sait que la mortalité par coqueluche est d'autant plus fréquente que l'enfant a eu à souffrir de mauvaises conditions hygiéniques. Ollivier avait également fait remarquer, dans son rapport, l'influence de la débilité et de la mauvaise nourriture sur le nombre des décès par coqueluche.

Il y a à l'hôpital un élément de plus pour aggraver le pronostic. Il y règne, en effet, une affection qui existe chez les trois quarts des malades: la bronchopneumonie. Qu'un enfant déjà atteint par elle contracte la coqueluche, il existera un nombre de chances qu'on ne peut évaluer pour que cette coqueluche se complique d'une lésion pulmonaire grave et par suite soit mortelle. La complication existe avant que la maladie se soit déclarée : elle ne pourra que s'accentuer sous l'influence de l'infection nouvelle.

(1) *Leçons cliniques sur les maladies des enfants* et *Rapport au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine*, 11 avril 1876.

(2) *Traité des maladies de l'enfance.*

L'enfant déjà débilité ne peut réagir, il se trouve dans les conditions les plus désastreuses. Au moment où nous écrivons ces lignes, deux enfants de moins de deux ans viennent de contracter la rougeole dans la salle commune où l'on en observe quelques faits isolés. Nous n'insistons pas sur la terminaison probable, d'autant plus qu'ils avaient une forte coqueluche.

De tout cela il faut conclure qu'il serait antihumanitaire de rester dans le *statu quo*. L'isolement des coquelucheux aurait des avantages multiples. 1° On débarrasserait les familles d'enfants qu'on ne peut pas recevoir à l'école et qu'il est dès lors nécessaire de surveiller. Sachant où placer son enfant, une mère ne serait pas forcée d'interrompre tout travail pendant les deux ou trois mois que peut durer la maladie. 2° On éviterait les refus d'admettre à l'hôpital les enfants qui ne semblent pas suffisamment malades, ce qui nous arrive fréquemment vu l'encombrement qu'occasionne leur présence dans une salle. Comme certains médecins à l'hôpital des Enfants s'opposent à la présence de coquelucheux dans leurs services, à moins qu'ils n'aient une complication, les petits malades sont tous hospitalisés dans une même salle où leur nombre devient forcément gênant. 3° On pourrait instituer chez les enfants un traitement hygiénique que le manque de surveillance de la famille rend impraticable.

En somme, pour le bien des malades, pour diminuer la contagion hospitalière et en dehors de l'hôpital, sans passer en revue les autres motifs, l'isolement s'impose. Ceci est beaucoup plus facile à réaliser que pour les autres maladies contagieuses. La salle des coquelucheux n'a pas besoin d'être séparée du corps même de l'hôpital. Ainsi qu'il résulte des recherches de Vilotow (1), la maladie traverse rarement un corridor pour passer d'une salle dans une autre. Provisoirement, il serait facile de trouver un endroit pour loger la coqueluche à l'hôpital des Enfants. Les coquelucheux sont aussi intéressants que les teigneux, qui y occupent cependant de nombreux lits et dans des salles spéciales. Actuellement, en présence des difficultés très grandes qu'a rencontrées le projet de M. E. Chautemps, qui consistait à créer un hôpital ou des hôpitaux de contagieux dans la banlieue (2), il faut se contenter de peu et il suffit de la moindre bonne volonté pour faire une œuvre vraiment utile (3).

G.-Paul Boncour.

Cours de Pathologie expérimentale.

M. Wurtz, professeur agrégé, chargé du cours de pathologie expérimentale à la suite du décès du très regretté Pr Straus, a inauguré ses leçons le jeudi 4 janvier, à 4 heures, et les continuera les lundis, mercredis, vendredis. M. Wurtz, devant un très nombreux auditoire composé d'étudiants, de médecins et de professeurs amis de Straus, a fait, dans un style simple et élevé, l'éloge de son maître, en insistant sur ses découvertes, telles que le passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus, la présence de bacilles tuberculeux sur la muqueuse nasale saine, le diagnostic précoce de la morve, etc. Dans les leçons suivantes M. Wurtz traitera des maladies charbonneuses.

---

(1) *Leçons sur les maladies infectieuses aigues des enfants*, Saint-Pétersbourg, 1887.

(2) *Organisation sanitaire de Paris*. Rapport au Conseil municipal, 1887, p. 67

(3) Nous renvoyons nos lecteurs, pour plus de détails, aux nombreux articles publiés par le *Progrès médical* sur l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, publiées de 1873 à ce jour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 décembre 1896.

La théorie de la confluence des lymphatiques et le développement des ganglions lymphatiques.

Les vaisseaux lymphatiques, comme l'a découvert Breschet, sont constitués longtemps avant l'apparition des ganglions lymphatiques. Depuis, aucun histologiste n'a observé le développement de ces ganglions. M. Ranvier vient de combler cette lacune en étudiant la formation de ces ganglions sur les embryons de porc et de mouton. Les premiers rudiments du ganglion consistent en un nodule vasculaire de capillaires sanguins, dilatés par places, qui entourent le lymphatique, autour duquel ils forment comme un réseau variqueux. Ce réseau comprime le lymphatique et en détermine l'atrophie de telle sorte que bientôt le tronc lymphatique est coupé et se termine des deux côtés par un cul-de-sac. Le bourgeon terminal du lymphatique afférent émet ensuite des bourgeons qui pénètrent dans le nodule vasculaire et arrivent dans le lymphatique afférent. A cette période, le ganglion peut être comparé à un angiome simple. Par la multiplication et la confluence de ces conduits lymphatiques, cet angiome simple se transforme en *angiome caverneux*. Cette manière de concevoir le ganglion est d'accord avec le fait découvert antérieurement, à savoir que toutes les cloisons et la face interne de la capsule sont tapissées par un endothélium lymphatique.

Propriétés coagulatrices et propriétés toxiques du foie.

MM. Mairet et Vires ont constaté que l'extrait aqueux de foie de lapin, injecté dans les veines d'un autre lapin, le tue en produisant constamment des coagulations sanguines. En soumettant cet extrait à des températures variables, ils ont vu qu'à côté des propriétés coagulatrices, il avait réellement des propriétés toxiques. Le liquide chauffé de 60 à 100°, se précipite. Le précipité tue le lapin par coagulation sanguine; au fur et à mesure qu'on augmente la température, il faut élever les doses pour produire la mort. A 100°, le précipité ne tue plus. Quant au liquide séparé par filtration il possède des propriétés toxiques sans propriétés coagulatrices.

Séance du 28 décembre 1896.

Une théorie nouvelle sur la cicatrisation et le rôle de l'épithélium antérieur de la cornée dans la guérison des plaies de cette membrane.

M. Ranvier pense que, dans le phénomène de la réunion des plaies, il n'est pas nécessaire de faire intervenir aucune multiplication cellulaire; d'après lui, l'hypertrophie, l'extension et le déplacement des cellules préexistantes suffisent à assurer la formation d'une cicatrice. Pour le démontrer, l'éminent histologiste s'est adressé à la cornée. Il fait des sections plus ou moins profondes sur la cornée du lapin vivant et le sacrifie plus ou moins longtemps après la lésion. Il étudie les progrès de la cicatrisation sur des coupes perpendiculaires à la lésion. Si l'on examine des coupes faites immédiatement après la lésion, la section de l'épithelium est nette et la solution de continuité ne contient rien ou des débris sans importance. Mais si l'on examine la cornée 4 et 6 heures après l'incision, on voit se dégager de l'épithélium, au niveau de chaque surface de section, un bourgeon épithélial qui s'avance vers le fond de la plaie en rampant, pour ainsi dire, sur ses lèvres. Au fur et à mesure que les cellules épithéliales arrivent au contact de la section d'une lame cornéenne, elles s'y accolent et s'y fixent. Quand les bourgeons épithéliaux arrivent à se toucher, ils se soudent. Dans ce processus, il n'y a aucune trace de division indirecte. On trouve bien au fond de la plaie, au bout de 24 heures, des cellules qui ont de 2 à 6 noyaux, mais elles ne sont pas en voie de division directe.

Nouvelle note sur l'application de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax.

M. Bouchard a reconnu une concordance parfaite entre les données que fournit la percussion et celles que donne la radioscopie, l'ombre portée sur l'écran phosphorescent, marquant en teintes sombres les régions où l'on constate la matité. C'est ainsi qu'il a pu diagnostiquer au moyen des rayons de Rœntgen une infiltration tuberculeuse de tout le poumon gauche, une ectopie du cœur, un anévrysme de la crosse de l'aorte, des hypertrophies du cœur. Dans les maladies de l'abdomen, il a obtenu des résultats beaucoup moins satisfaisants.

Du point de congélation du lait. — Méthode rapide d'examen du lait.

M. Winter, s'appuyant sur un ensemble de 51 expériences dans lesquelles il a examiné différents laits pris à Paris, avec toutes les garanties d'authenticité désirables, arrive à conclure à la constance de température de congélation du lait. Les variations du point de congélation du lait dues à l'addition d'eau, sont, dans d'assez grandes limites de dilution, proportionnelles à cette addition. Cela permet de calculer exactement et simplement le mouillage. Tout lait alimentaire non suspect ne doit, au cryoscope, s'écarter que de *un* ou, au plus, *deux* centièmes de son axe d'oscillation, qui est 0°, 55.

Propriétés immunisantes du sérum d'anguille contre le venin de vipère.

En raison de l'analogie qui existe entre les symptômes d'empoisonnement produits par le sérum d'anguille et le venin et le sang de vipère, M. Phisalix s'est demandé si le sérum d'anguille, de même que celui de vipère, de couleuvre ou de hérisson, ne serait pas doué de propriétés immunisantes contre le venin. Il a réussi à mettre en évidence ces propriétés par la même méthode qui a servi pour la vipère et le hérisson, c'est-à-dire en chauffant le sérum à 58°,8 pendant 15 minutes. Ce sérum chauffé perd sa toxicité et devient un vaccin. La séparation des substances toxiques et vaccinantes peut aussi se faire d'une autre manière. Il suffit de précipiter le sérum par l'alcool à 95° et de recueillir le précipité sur un filtre. Après l'avoir desséché rapidement, on le met macérer dans l'eau chloroformée. Cette eau de macération est dépourvue de toxicité, mais possède d'énergiques propriétés immunisantes. *Il en est de même avec le sérum de vipère.* On a donc là un moyen facile de recueillir du sang de serpent pour les recherches scientifiques. Après avoir coupé la tête du serpent, on laisse couler le sang dans un vase et quand le sérum s'est séparé, on le recueille et on l'additionne de 5 à 6 fois de son volume d'alcool. Le venin peut alors être extrait des glandes ou desséché; ou bien encore, à défaut de mieux, les glandes ou même la tête entière peuvent être mise dans leur volume de glycérine pure. M. Phisalix fait appel à l'obligeance des naturalistes et des savants pour qu'ils lui envoient des matériaux d'étude ainsi préparés.

Séance du 4 janvier 1897.

Influence du système nerveux sur les effets obtenus par l'injection des sérums de vaccinés.

M. Jacques de Nittis. — Sur les conseils et avec l'aide de M. Charrin, pour mettre en évidence le rôle du système nerveux dans la résistance conférée par les sérums thérapeutiques, l'auteur sectionne le sciatique d'un lapin; d'autre part, il injecte par les veines le sérum récemment indiqué par lui (Soc. de Biologie, 13 juin 1896); enfin, il inocule des cultures vivantes de Proteus vulgaris et dans la patte normale et dans la patte énervée. Tantôt l'injection de sérum a précédé l'énervation, tantôt elle l'a suivie; tantôt enfin, elle a accompagné l'inoculation du virus. Or, si l'immunité conférée est relative (car, trop parfaite, elle annihilerait les différences), — les abcès avortent ou acquièrent un moindre volume du côté non opéré, tandis que la lésion des tissus énervés montre que la résistance contre un microbe, à la suite des injections de sérum, est une réaction des éléments anatomiques, et comme telle sous la dépendance du système nerveux dont l'intégrité est nécessaire. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 décembre 1896. — Présidence de M. Charrin.

M. Contejean a constaté que chez le chien l'*ablation aussi rapide que possible du foie*, après injection intraveineuse de peptone, n'empêche pas l'action anticoagulante de la peptone sur le sang. Si le foie joue un rôle dans cette action, il est donc forcément limité.

M. Féré a étudié les *empreintes galtoniennes du pouce* au point de vue des tractions de la main. Il a constaté l'asymétrie très fréquente des empreintes gauche et droite chez les dégénérés, chez les simples désiquilibrés, et a vu que le développement des crêtes papillaires était en rapport direct avec l'intelligence et la sensibilité des individus observés.

M. Henriquez a constaté que le *lavage du sang* par les injections d'eau salée, chez les animaux intoxiqués par la toxine diphtéritique, était variable comme effet, et qu'il pouvait, au lieu de retarder, accélérer la mort de l'animal observé.

M. Arloing rappelle qu'il a constaté les mêmes effets inégaux ou dangereux des injections d'eau salée dans les injections de toxines retirées soit du microbe de choléra, soit de matières fécales fraîches ou anciennes.

M. Phisalix. — Notes sur *les propriétés immunisantes du sérum d'anguille* contre le venin de vipère. (V. Académie des Sciences).

M. Valenza a recherché le *rôle joué par les leucocytes* et les noyaux de la névroglie dans la résorption des cellules veineuses dégénérées. M. Marinesco, reprenant une opinion de Krauss, a pensé que les cellules névrogliques jouaient un rôle actif dans cette destruction. L'auteur se servant surtout de la méthode de différenciation de Nissl, a constaté que les leucocytes seuls étaient les véritables cellules neurophages, les agents de destruction des cellules nerveuses. Les recherches ont été faites sur le lobe électrique de la torpille.

M. Ramon rapporte l'observation d'une malade opérée par M. Quénu pour une *angiocholécystite à bacille d'Eberth*, six ans après l'apparition et l'évolution de la fièvre typhoïde.

M. Raillet, à propos d'observations récentes sur *la transmission de l'ankylostome duodénal du cheval à l'homme* dans les contrées minières, rappelle que cette opinion récemment soutenue, lui paraît fausse, car l'ankylostome n'est pas un parasite du cheval, et l'on a dû confondre ses œufs dans les déjections des animaux avec ceux d'un Sclérostome très fréquent chez le cheval et surtout dans les milieux miniers.

M. Dastre a constaté l'existence *de la lactase dans le foie du chien* et attribue à ce ferment la transformation de la bilirubine en biliverdine, qui s'opère normalement dans la vésicule biliaire de cet animal.

M. A. Branca. — *Neurofibromatose intestinale.* — Je dois à mon maître, M. Pierre Marie, d'avoir fait l'autopsie et d'avoir étudié les lésions viscérales de Guilllau..., ce neurofibromateux dont il a publié l'histoire dans ses leçons de l'Hôtel-Dieu. « L'aspect clinique de la neurofibromatose était chez cet homme » de 43 ans, alcoolique et tuberculeux « aussi complet que possible ». Nœvi pigmentaires, vasculaires et pilaires, grains de molluscum, dépression intellectuelle, troubles nerveux rappelant l'hystérie, étaient chez lui réunis. Le malade mourut il y a près d'un an. Aucun de ses nerfs ne portait de neurofibrome apparent. L'autopsie montra un poumon emphysémateux avec une caverne au sommet droit, des reins atteints de néphrite chronique; des capsules surrénales congestionnées; un foie transformé presque en entier en un bloc de graisse, un intestin grêle porteur d'une volumineuse ulcération. C'est seulement en faisant des coupes de cette ulcération tuberculeuse, qu'au niveau de la muqueuse j'ai trouvé des lésions des nerfs. 1° la gaine lamelleuse est épaissie et parfois dédoublée sur une partie de son trajet; des capillaires sanguins gros comme le faisceau nerveux cheminent à sa surface externe ou entre les feuil-

lets écartés de la gaine; 2° le tronc nerveux occupe un point variable de la cavité ménagée par la gaine; le plus souvent, il est refoulé contre elle; il n'est nulle part dissocié par la néoformation conjonctive, ni pénétré par les vaisseaux; il est formé de tubes de Remack à la surface desquels s'adjoignent parfois des cellules nerveuses appartenant aux ganglions de l'intestin; 3° la néoplasie conjonctive se teint en bleu ciel par l'hématoxyline nouvelle de Ranvier; il n'y a aucun rapport entre son volume et celui du nerf sur lequel elle s'est développée; elle est extrêmement vasculaire et d'âge variable, suivant les points examinés : ici, elle est faite de cellules rondes ou stellaires, parfois anastomosées; là, de faisceaux conjonctifs n'ayant aucune direction fixe par rapport à l'axe du nerf; ailleurs, cellules et faisceaux sont réunis en proportion variable. En somme, alors même qu'il ne se développe pas de tumeur sur les nerfs des régions revêtues par le tégument externe, l'aspect clinique de la neurofibromatose peut se trouver réalisé; il suffit pour cela que la lésion porte, par exemple, sur les nerfs de l'intestin, et, cette localisation au niveau d'une muqueuse endodermique ne nous semble pas encore avoir été signalée.

Élections.

Le bureau de la Société est ainsi constitué : Président : M. Bouchard; Vice-présidents : MM. Dupuy et Gley; Secrétaire général : M. Dumontpallier.

La prochaine séance est fixée au samedi 9 janvier 1897.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 décembre. — Présidence de M. Hervieux.

Le traitement chirurgical de la myopie.

Après un important historique des tentatives opératoires (sections musculaires, ablation du cristallin), dirigée contre les myopies intenses exposant sans cesse au décollement de la rétine, M. Panas rapporte une observation personnelle d'extraction du cristallin. d'abord à gauche, puis à droite avec un résultat fonctionnel très satisfaisant. Cette opération lui semble donc très admissible dans les myopies fortes (16 dioptries et au-dessus), et chez les sujets jeunes plus exposés que d'autres aux complications rétiniennes.

M. Poncet (de Lyon) présente, au nom de MM. Destot et Bérard (de Lyon), une étude fort originale basée sur l'*emploi simultané des rayons X et du stéréoscope* et dont voici les conclusions : 1° pour le rein. La circulation artérielle est lobaire et terminale et permet de distinguer un rein antérieur et un rein postérieur indépendants, sauf toutefois pour l'artère du lobe supérieur qui se divise souvent en deux branches telles qu'en l'injectant on injecte toute l'extrémité supérieure du rein. 2° L'artère interpyramidale se divise par dichotomie fausse au niveau de la substance corticale, mais ne s'anastomose pas avec sa collatérale ; il n'existe pas de voûtes artérielles. 3° Les artères émettent immédiatement une foule de capillaires, se rendant immédiatement aux glomérules sans passer par des intermédiaires multiples. Dans les injections, on voit les capillaires naître directement des artères comme les aiguilles d'une branche de pin ou le givre sur une branche. 4° Les artères de la pyramide viennent des glomérules. 5° Les veines s'anastomosent facilement et l'on peut injecter le rein en totalité par un seul petit vaisseau.

Microphonographe de Dussaud.

M. Laborde présente un appareil destiné à rendre service aux individus atteints de surdimutité. Sous l'influence d'un courant de pile, cet appareil produit une augmentation de l'intensité du son que l'on peut graduer à volonté, et qui est transmise par un téléphone.

Lait stérilisé.

M. Guéneau (de Levallois), ayant attiré l'attention de l'Académie sur la contradiction entre les instructions du livret remis aux nourrices (lait simplement tiédi) et les prescriptions récentes, M. Charpentier, chargé d'un rapport d'ensemble, conclut : 1° qu'actuellement l'emploi du lait stérilisé doit se substituer à celui du lait cru ou bouilli dans l'alimentation des enfants du premier âge; 2° que l'Académie doit revoir ses instructions relatives à l'allaitement artificiel, et imposer aux nourrices surveillées l'usage exclusif du lait stérilisé, en leur donnant aussi clairement que possible les instructions nécessaires pour qu'elles puissent procéder elles-mêmes à la stérilisation du lait, qu'elles donnent aux nourrissons dont elles ont la charge et la responsabilité.

Élections.

M. Railliet est élu membre titulaire de la section de médecine vétérinaire par 55 voix sur 65 votants. Ont obtenus : M. Saint-Yves Ménard, 8 voix; MM. Benjamin et Kaufmann, 1 voix.

Séance du 5 janvier 1897. — Présidence de M. Caventou.

Les indications de l'extirpation totale de la vessie sont fort rares.

Dans une très intéressante observation de M. Tuffier, cette opération était pourtant la seule qui put être faite avec chance de succès. Un homme de quarante ans. soigné pour des accidents de cystite à forme douloureuse et hématurique depuis trois ans, dit M. Tuffier, entre le 2 octobre dans mon service, après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, y compris la morphine à haute dose. Son état général est bon, malgré un amaigrissement notable. La fréquence des mictions est incessante, toutes les dix minutes, et les douleurs qui l'accompagnent sont atroces. Le palper abdominal combiné au toucher rectal fait reconnaître un globe vésical dur et très douloureux; l'exploration de la cavité de la vessie n'est pas favorable. Sous l'anesthésie, elle permet de constater une surface dure et une cavité où on ne peut évoluer avec l'instrument. Cystostomie sus-pubienne de soulagement le 6 octobre. On trouve une tumeur infiltrée dans toute la paroi gauche de la vessie et diffusant sous toute la muqueuse du bas-fond; pas trace d'engorgement ganglionnaire ni de précystite. Drainage au moyen des tubes-siphons. L'état général du sujet et la possibilité d'extirper la totalité des lésions, leur progression rapide, que l'orifice de la fistule permet de suivre, me font proposer l'exérèse totale de la vessie, qui est pratiquée le 10 octobre en présence de plusieurs collègues, MM. Reverdin, Heydenreich, Maunoury et Desfontaines. Position de Trendelenburg, incision hypogastrique en T dont l'extrémité inférieure effleure le milieu de la symphyse pubienne, et dont les deux branches latérales vont jusqu'aux orifices inguinaux, décollement progressif et tractions successives au dehors de la vessie avec des pinces à abaisser maniées comme dans l'hystérectomie vaginale. Dissection soigneuse du péritoine au sommet de la vessie. La séreuse n'est pas ouverte ; le col est sectionné au ras de la prostate, deux clamps courbes sont placés sur les deux pédicules uretéro-artériels, et la vessie est enlevée. Ligature des vésicales inférieures, cathétérisme permanent des uretères et tentative infructueuse d'abouchement dans le rectum. Fermeture partielle et drainage de la plaie hypogastrique. Sur la pièce que je vous présente, la tumeur fongueuse et saillante sur la partie latérale gauche est dure et a envahi toute l'épaisseur de la vessie ; dans le reste de la cavité, sauf à sa partie médiane antérieure et supérieure, le tissu néoplasique semble limité à la muqueuse. L'examen histologique détaillé et pratiqué par par M. Claude donne comme conclusion : épithélioma alvéolaire du genre atypique avec infiltration de toute la paroi à des degrés divers, disposition télangiectasiques des capillaires en certains points. Traces d'un processus infectieux. Les suites opératoires furent marquées par une phlébite de la jambe droite ; le cathétérisme des uretères fut supprimé au septième jour et remplacé par un tube-siphon hypogastrique ; le malade se lève le 4 décembre, et, le 23 décembre, il vaque à ses occupations avec un appareil collecteur hypogastrique. Il ne souffre plus, il a repris ses forces et a notablement engraissé. Son état général est

très bon (Malade présenté le 23 décembre 1896, à la Société de Chirurgie).

De l'intoxication par l'Arroche.

M. LAVERAN lit un rapport sur un travail de M. MATIGNON. L'Arroche, plante très abondante en Chine, détermine des accidents d'œdème et de cyanose des extrémités avec ulcérations et cicatrisations consécutives. L'état général reste bon très longtemps.

La chirurgie du rachis.

M. AUFFRET dans les fractures du rachis, conseille une intervention très précoce. Celle-ci sera d'autant plus indiquée que la fracture siègera plus bas. Il en est de même dans la tuberculose où les troisième, quatrième et cinquième lombaire peuvent être plus particulièrement attaqués avec succès.

Élections de deux membres correspondants étrangers dans la 2e division.

1re *élection* : M. DEMOSTHEN (de Bucharest) est élu par 46 suffrages, contre 18 à M. J. Reverdin (de Genève), 2 à M. Neugebauer et 1 bulletin blanc.

2e *élection* : M. Jacques REVERDIN est élu par 60 suffrages sur 61 votants. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 décembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. CH. MONOD.

De l'appendicite.

M. REGNIER tient à protester contre certaines assertions de M. Lucas-Championnière, en particulier celles qui ont trait à l'usage des purgatifs.

M. BRUN pense que la typhlite est une exception et non pas la règle. Toutes les fois que le cæcum est malade, l'appendice l'est aussi. Les objections de M. Pozzi se résument à un cas; or ce cas n'est pas probant du tout, au point de vue pathogénique. Dans certains cas, il y a une véritable lymphangite gangréneuse.

M. POZZI rappelle les différentes phases de l'observation critiquée par M. Brun. Il ne voit pas pourquoi on ne conclurait pas pour l'appendice comme on l'a fait pour le cholédoque. On a eu tort de ne pas tenir compte des expériences de laboratoire, qui plaident en faveur de la théorie de la cavité close. M. Pozzi croit qu'il y a deux facteurs dans la pathogénie de l'appendice. Il faut tenir compte de l'ischémie facile par coudure des vaisseaux et de l'intensité particulière de la virulence de certaines inflammations.

M. BAZY a apporté des documents à l'appui de l'existence réelle de la typhlite.

M. RECLUS. — La théorie du vase clos ne peut pas être une théorie générale.

M. REGNIER répond à M. Bazy.

M. ROUTIER résume la discussion. On a discuté deux points : la pathogénie de la maladie et celle des accidents. Pour lui, les désordres intestinaux sont secondaires à l'appendicite et non primitifs. Tous les opérés d'appendicite par ablation de l'appendice guérissent, quoiqu'on ait dit. En ce qui concerne la théorie du vase clos, il remarque qu'on a fait dire à M. Dieulafoy plus qu'il n'a écrit et on ne l'a pas en somme renversée.

M. CHAUVEL fait un rapport sur le travail de M. CHUPIN, ayant trait à la *trépanation préventive dans un cas de fracture du crâne*. Il s'agit d'un Arabe, qui reçut en plein front un coup de pied de cheval. Enfoncement du frontal. Trépanation. Guérison.

M. PHOCAS lit un mémoire sur les *tumeurs de la région sacrococcygiène*. Il est basé sur trois observations inédites. Il ne paraît pas urgent d'enlever ces tumeurs de bonne heure.

M. PICQUÉ présente un malade opéré de *gastro-entérostomie pour affection néoplasique du pylore par le procédé de M. Souligoux*. L'opération a duré une vingtaine de minutes.

M. DELORME présente un malade atteint de *névrite du cubital* guérie par la compression, et qui avait subi une névrectomie étendue antérieurement.

M. QUÉNU présente un *calcul biliaire extrait du canal cholédoque. Cholédochotomie. Guérison.* Calcul infecté par le colibacille. Marcel BAUDOUIN.

Ordre du jour de la séance du 13 janvier 1897.

Suite de la discussion sur le *traitement chirurgical du cancer du foie* (M. SEGOND), MM. TERRIER, RICARD, QUÉNU, ROUTIER, LE DENTU, POIRIER.

Rapport sur un *cas de tumeur cérébrale* (M. BARETTE); par M. BROCA.

Communication : *Intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein*; par M. TUFFIER.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 10 décembre 1896.
PRÉSIDENCE DE M. MAYGRIER.

M. V. DUJON. — *Monstre double provenant d'une brebis. Sycéphalien synote.* — Ce monstre est composé de deux fœtus avec une seule tête, un seul tronc et huit membres. Le bassinet et les membres postérieurs de chaque fœtus sont indépendants. Il y a union au-dessus de l'ombilic. Il semble n'y avoir qu'un thorax, un cou et une tête. Le thorax est constitué par deux rachis placés latéralement, et deux sternums médians, l'un antérieur, l'autre postérieur; au thorax sont attachés quatre membres antérieurs normaux. Le cou est fait de deux colonnes vertébrales qu'il est facile de sentir entre les doigts; il se trouve à sa partie postérieure une dépression médiane et verticale. La tête est bien conformée, mais elle présente en arrière une oreille double surnuméraire, dont les deux pavillons sont soudés par leur base. Il y a deux circulations, deux cœurs, deux aortes, deux cordons. Une anastomose transversale allant de l'aorte d'un côté à l'artère pulmonaire du côté opposé, fait communiquer les deux circulations. Il y a deux trachées, quatre poumons. Le tube digestif, unique dans sa moitié supérieure (pharynx, œsophage, première moitié de l'intestin grêle), est double dans le reste. Il y a deux foies et deux rates. Au-dessous de la cavité cranienne, parfaitement développée, existe dans l'épaisseur des os, au niveau de l'oreille surnuméraire, une petite cavité kystique communiquant avec le pharynx et paraissant être les vestiges de la tête atrophiée.

M. LUCAS. — Après avoir passé en revue les divers moyens et *instruments* destinés *à provoquer l'accouchement et à amener la dilatation du col*, après avoir montré par quelques observations l'inefficacité et le peu de certitude de ces moyens, M. Lucas présente un nouvel appareil, sorte de *double ballon*, tenant le milieu entre les ballons excito-dilatateurs de Champetier et Boissard et les dilatateurs mécaniques, tels que celui de Bossi. L'auteur croit que son instrument sera meilleur que ceux inventés jusqu'ici; mais il ne l'a pas encore essayé sur les parturientes.

M. BUDIN. — Ce n'est pas la dilatation du col qui fait l'accouchement, c'est la contraction du corps. L'utérus se divise en deux régions : le corps et le segment inférieur. Au moment de l'accouchement, nous avons un corps qui se contracte, un segment inférieur et un col qui se dilatent. C'est sur ces dernières parties qu'agissent les ballons; ils dilatent le segment inférieur, déplacent souvent la région fœtale qui se présentait, mais ne provoquent pas toujours les contractions efficaces du corps. Ajoutons que, parfois, l'anneau de contraction peut se contracter et mettre obstacle à l'extraction du fœtus ou à la version.

M. LABUSQUIÈRE cite une observation de Pajot, qui ne peut arriver à provoquer un accouchement; il croit, comme ce maître, qu'il est des utérus qui résistent à tous les procédés et pense que le ballon de M. Lucas rencontrera aussi des échecs.

M. MAYGRIER admet que cet instrument pourra rendre des services dans les cas pressés où il faut agir rapidement, et c'est plutôt un dilatateur qu'un agent pour provoquer l'accouchement.

M. OLIVIER lit un mémoire sur l'*emploi des injections de sérum artificiel au cours à la suite des hémorrhagies post-partum* dans lequel il s'efforce de démontrer qu'aujourd'hui

l'accoucheur doit toujours avoir avec lui tout ce qui est nécessaire pour faire extemporanément une injection de sérum salin. Il établit tout d'abord que c'est à une solution de chlorure de sodium à l'exclusion de toute autre qu'il faut avoir recours et que le titre de cette solution, conformément aux conclusions de Malassez, doit être de 10 pour 1,000. Quant à la voie à emprunter, elle variera avec les cas. Dans les cas d'hémorrhagie grave mettant la femme en danger de mort, c'est à l'injection intra-veineuse qu'il faut avoir recours; dans le cas où l'urgence est moindre, on fera l'injection sous-cutanée. Mais, pour faire ces injections, il faut des instruments. M. Olivier a fait construire, par M. Gentile, une *trousse d'urgence* qui comprend un siphon muni de canules spéciales pour l'injection intra-veineuse ; une seringue présentant une disposition particulière permettant d'injecter dans le tissu cellulaire le sérum salin sans aucun effort et rapidement ; enfin une boîte métallique garnie de feutre intérieurement et contenant un flacon de sérum salin. L'accoucheur ainsi pourvu pourra de la sorte parer rapidement aux conséquences des hémorrhagies.

M. Nitot ne croit pas utile de compliquer la trousse de l'accoucheur d'un instrument nouveau et relativement assez volumineux. Il estime qu'un simple entonnoir muni d'un tube de caoutchouc suffit. En y ajoutant une aiguille de l'aspirateur Potain, on a un appareil suffisant, dont on peut faire bouillir toutes les parties. Celui dont s'est servi M. Maygrier n'était pas autrement constitué.

M. Budin. — M. Ollivier aurait pu citer, à propos de sa communication, un intéressant travail du Dr Keiffer, qui a montré que ces injections, par leur action sur la moelle, provoquent des contractions sur le col. J'ajouterai que j'emploie les injections rectales d'eau salée ; quelques gouttes de laudanum empêchent qu'elles soient irritantes.

M. Maygrier ne conseille la voie veineuse que dans les cas désespérés, où il faut agir rapidement. Il a pu ainsi injecter six litres en vingt-quatre heures, chez une malade considérée comme morte et qui a parfaitement guéri.

M. Loriot est d'avis que l'on peut aussi employer les injections de sérum dans les cas de *placenta prævia* pendant la grossesse. Elles permettront à l'enfant de se développer et d'approcher de l'époque du terme.

M. Nitot présente à la Société une *curette géante* pour évacuer le contenu de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement. Cet instrument aurait le grand avantage de mettre à l'abri des perforations utérines. Ces curettes sont tranchantes d'un côté et mousses de l'autre. Il y en a de différentes grandeurs.

M. Budin. — Je fais de moins en moins le curettage après l'accouchement et l'avortement. La curette est un instrument aveugle, et le tissu utérin, s'il est malade, est très friable. Sous le chloroforme, je nettoie la cavité utérine avec les doigts, j'enlève les débris que je sens beaucoup mieux qu'avec la curette et je ne risque pas de perforer l'utérus ; je termine par un lavage avec un liquide antiseptique et un écouvillonnage qui permet de nettoyer dans tous les sens. Je me sers donc très peu de la curette, jamais de pinces.

M. Charpentier. — Je diffère totalement d'avis avec M. Budin sur ce point. Je n'ai jamais eu qu'à me louer du curettage; je n'ai jamais eu d'accident. Je suis partisan de la curette, de la curette tranchante qui seule permet d'enlever les débris placentaires adhérents. Il faut faire un nettoyage soigné, jusqu'à ce qu'on entende partout le cri utérin.

M. Bonnet. — Il faut faire le curettage sous le chloroforme et avec le doigt comme guide, introduire la curette et la diriger. Lorsque l'utérus n'est pas infecté, on ne peut pas le perforer avec une curette tranchante; il n'en est pas de même, lorsqu'il est infecté ; il faut alors faire extrêmement attention.

M. Loviot. — Je me rallie à la doctrine du nettoyage, plutôt qu'à celle du curettage; je ne manie la curette qu'avec la plus entière prudence et au besoin, le lendemain, je renouvelle la manœuvre si une première séance n'a pas suffi.

M. Budin. — Je ne saurais trop protester contre ce qu'a dit M. Charpentier à propos du cri utérin, car si on s'obstinait à vouloir l'obtenir, on risquerait purement et simplement de passer dans l'abdomen. Je voudrais aussi rassurer notre collègue qui pense qu'avec la curette seule on peut bien nettoyer l'utérus. Le 11 janvier 1895, en arrivant à la Maternité, j'ai trouvé deux femmes profondément infectées avec 40° de température. M. le Dr Charrin les vit avec moi pour voir si on ne pourrait pas leur faire des injections de sérum antistreptococcique. On y renonça, car l'une était si profondément infectée que sa mort semblait certaine. Quant à l'autre, elle avait une maladie de Bright et une affection du cœur. Je nettoyai avec le doigt et j'écouvillonnai ces deux utérus. La première sortit guérie de l'hôpital. Chez la seconde, les accidents d'infection disparurent; mais elle succomba après huit jours environ à des accidents d'urémie. M. Charrin fit son autopsie ; il constata l'existence de lésions du côté des reins et du cœur. La cavité utérine était normale, et des cultures essayées avec le liquide qu'il put recueillir ne donnèrent aucun résultat. On peut donc avec les doigts et l'écouvillon, nettoyer une cavité utérine ; c'est un procédé moins dangereux que le curettage et qui doit lui être préféré.

M. Charpentier. — Il est évident que si je me trouve en présence d'un utérus profondément infecté, tellement désorganisé que tous les tissus soient pris, je ne chercherai pas le cri utérin et que je me garderai même bien de faire un curettage, considérant la malade comme perdue. J'agis dès que les premiers symptômes d'infection se manifestent, dès que la température s'élève et je me suis si bien trouvé de ce procédé, que je n'ai pas envie d'en changer. Je le répète, le curettage doit être pratiqué aussitôt et dès le début des accidents.

M. Pichevin. — Après l'accouchement, on ne doit pas se servir de curettes tranchantes, car la friabilité de l'utérus est considérable. Après l'avortement, il est difficile avec les doigts de faire un travail suffisant ; il faut faire le curettage.

M. Bonnet. — Lorsque l'utérus n'est pas encore infecté, la curette est plus rapide que les doigts; mais, lorsqu'il s'agit d'enlever le putrilage qui se forme dans l'endométrite septique, il faut se servir de l'écouvillon.

M. Budin. — Depuis plusieurs années, je ne me suis servi qu'une fois de la curette et je la guidai avec le doigt; cependant, lorsque je commence le nettoyage, j'ai toujours des curettes préparées à côté de moi.

M. Nitot. — J'ai fait faire ces curettes pour gratter les utérus infectés, ramollis, c'est pour ne pas les perforer que je les ai fait construire aussi grosses que possible. L. M.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 décembre 1896. — Présidence de M. Duclaux.

M. Herscher expose à la Société la situation financière pour l'année 1896.

Elections pour l'année 1897. — Sont nommés : *Président :* M. Lucas-Championnière. — *Vice-présidents* : MM. Humblot, Bertaumieux, Dron, Lereboullet. — *Secrétaires généraux* : MM. Napias et A.-J. Martin.

M. Camescasse prend la parole sur les mesures à prendre contre l'*alcool* et l'*alcoolisme*.

M. de Grandmaison insiste de nouveau sur le grand nombre des alcooliques qui viennent dans les hôpitaux : 73 0/0 des malades venus à l'hôpital Laënnec étaient alcooliques. Il montre combien ces alcooliques boivent d'alcool dans les 24 heures, et que cet alcool, en général, est pris le plus souvent à jeun.

M. Leroy-Desbarres fournit des renseignements intéressants sur les troubles oculaires liés à l'alcoolisme qu'on rencontre principalement dans les compagnies de chemin de fer sur les employés.

M. Laborde montre les services que l'expérimentation rend à la clinique dans cette question de l'alcoolisme. La Société vote les premières conclusions suivantes : I. L'alcool produit par une fermentation régulière, quelle que soit son origine (vin, bière, cidre, etc.) est une substance dont l'usage modéré est sans inconvénient. Pris au-delà d'une certaine dose, il produit les effets les plus funestes sur la santé physique et morale de la population et, subsidiairement, sur les dépenses croissantes d'assistance pour les hôpitaux et pour les asiles des aliénés. — II. Le danger est augmenté, soit par l'existence

dans les alcools mal ou non rectifiés d'impuretés comme le furfurol, le fusel, etc., soit par l'addition de bouquets artificiels, huiles de vin, aldéhydes et essences diverses, toutes substances qui sont de vrais poisons. — III. La solution hygiénique du problème de l'alcoolisme consiste donc à la fois à diminuer le plus possible le chiffre de la consommation et la toxicité du produit consommé. — IV. Au point de vue de la quantité, il est du plus grand intérêt pour la santé physique et morale de la population de diminuer les occasions et la tentation de boire. A cet effet, il y a lieu d'assurer la surveillance rigoureuse des débits déjà existants, de limiter leur nombre et de rendre moins facile la création de débits nouveaux. MARTHA.

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

I. — Stérilisation des sondes par les vapeurs de formol.

I. — Il est sans doute facile de stériliser les sondes métalliques; pour les sondes en gomme, le problème est un peu plus délicat; on ne peut les faire bouillir sans les altérer profondément ou tout au moins leur faire perdre une partie de leurs qualités. Dans le service de M. Guyon, on employait naguère l'acide sulfureux qui donnait comme antiseptique de bons résultats, mais qui avait l'inconvénient d'être très désagréable à manier. M. Janet a publié dans les Annales des maladies des voies urinaires (1) une étude complète sur la désinfection par l'acide sulfureux et comparativement sur la désinfection par le formol. Le formol pur du commerce est une solution à 40 0/0 d'aldéhyde formique. C'est Trillat qui a fait connaître en 1892 (2) les remarquables propriétés antiseptiques du formol. La solution de formol concentrée laisse déposer une poudre blanche qui jouit aussi de propriétés antiseptiques et que l'on appelle trioxyméthylène. Ce trioxyméthylène abandonné à l'air laisse échapper des vapeurs de formol, ce qui explique ses propriétés désinfectantes.

Une longue série d'expériences conduites avec un soin minutieux ont montré à M. Janet que le formol était vraiment supérieur à l'acide sulfureux; aussi, dans le service de M. Guyon, a-t-on remplacé par un appareil au formol l'appareil à l'acide sulfureux dont on se servait précédemment. On peut stériliser des sondes en les suspendant dans un tube au fond duquel on a placé du coton hydrophile imbibé de formol; mais M. Janet préfère une boite rectangulaire munie de claies ou de tiroirs superposés au-dessous desquels se trouve une étoffe ou tout autre tissu pouvant être imbibé de formol ou être recouvert de trioxyméthylène. Ce dernier convient surtout pour les petites boîtes à désinfection, tandis que le formol est plus sûr lorsqu'il s'agit de très grandes boîtes comme celle de la Clinique de Necker, qui contient 240 litres. Voici quelques-unes des conclusions de M. Janet :

Les appareils doivent être autant que possible conservés dans une chambre chauffée en moyenne à 15 degrés; plus l'appareil est grand, plus cette condition est nécessaire. Un petit appareil ne dépassant pas deux litres donne de bons résultats à 10 ou 12 degrés; mais il ne faudrait pas descendre au-dessous.

Les sondes, lavées et injectées à l'eau de savon, puis à l'eau ordinaire, égouttées et bien séchées, sont placées dans l'appareil pendant 24 heures pour les grosses sondes et 48 heures pour les sondes fines qui sont beaucoup plus difficiles à stériliser. Les sondes pour le cathétérisme des uretères ne sont pas stérilisées par un séjour de 48 heures dans l'appareil. Les cystoscopes simples et les urétroscopes sont stérilisés par un séjour de 48 heures.

A la suite du travail du Dr Janet, nous trouvons dans le même numéro des Annales un travail de M. Claisse, interne du Dr Bazy, sur le même sujet. L'auteur arrive à des résultats analogues à ceux qu'a obtenus M. Janet. Il a essayé de faire conserver les sondes destinées à être employées à tout moment par les vieillards de Bicêtre dans des tubes contenant du coton hydrophile imbibé de formol; il n'a pas réussi, les vapeurs de formol qui restent dans le tissu de la sonde irritant trop la muqueuse urétrale.

(1) Janvier et février 1896.
(2) Trillat. — *Comptes rendus de l'Acad. des Sc.*, août 1892.

II. — Maladies des reins. Pathogénie et traitement de la pyélo-néphrite. Rupture du pédicule du rein. Tuberculose rénale; son diagnostic par l'examen de l'orifice de l'uretère; hématurie profuse du début; traitement chirurgical. Néoplasmes du rein; résultats de la néphrectomie; variété de structure. Kystes du rein. Calculs rénaux; application des rayons Rœntgen à leur diagnostic. Rein mobile; tentatives pour perfectionner la néphropexie.

II. — Le domaine de la chirurgie du rein s'agrandit tous les jours; nous examinerons les principaux faits publiés, en nous aidant principalement des *Annales des Maladies des voies urinaires* de Delefosse, recueil complet de tout ce qui a trait à la pathologie et à la clinique des voies urinaires. La pathogénie de la pyélonéphrite n'est pas toujours facile à établir. L'infection peut se faire de bas en haut, et c'est le cas lorsque l'infection est produite par une blennorrhagie ou par une infection spontanée ou opératoire résultant d'une communication des voies urinaires avec le tube intestinal. C'est ainsi que M. Pousson a observé un enfant mort subitement après une tentative faite pour remédier à une fistule uréthro-rectacle. A l'autopsie, on trouva un rein unique volumineux et muni de deux uretères, mais atteint de pyélonéphrite. Il existe bien d'autres faits dans lesquels, après une intervention insuffisamment aseptique sur les voies urinaires, la pyélonéphrite ascendante a été observé; mais, chez certains malades, la pathogénie est beaucoup moins claire et le diagnostic bien plus difficile. M. Routier a communiqué à la Société de Chirurgie deux cas de pyélonéphrite dans lesquels la cause est restée très obscure : dans le premier cas, il s'agissait d'un homme chez lequel on ne trouvait d'autre cause de maladie qu'un refroidissement ou plutôt une série de refroidissements. Le chirurgien crut à une péritonite tuberculeuse enkystée et fit une laparotomie médiane qui lui permit de reconnaitre un rein suppuré. Il vida et marsupialisa la poche, fit plus tard, quand l'état général le permit, une néphrectomie et le malade guérit. Dans le second cas, il s'agissait d'une femme chez qui les troubles paraissaient remonter à sept ans et résulter d'une couche difficile. M. Routier fit d'emblée la nephrectomie et guérit la malade. Dans ces deux cas il traita le pédicule du rein comme on le fait dans l'hystérectomie avec pédicule externe, c'est-à-dire qu'il le lia avec un caoutchouc tenu par une pince. A propos de cette communication, M. Bazy soutint que, pour expliquer certaines pyélonéphrites, il faut invoquer l'infection descendante, c'est-à-dire l'infection par la voie circulatoire indiquée par M. Bouchard. On sait que M. Bazy a appliqué, il y a plusieurs années déjà, cette théorie de l'infection par voie descendante à la pathogénie de certaines cystites dont on ne pouvait trouver la cause. Le diagnostic de la pyélonéphrite, facile dans certains cas, est très difficile quand la tumeur est petite. Le traitement doit consister dans l'incision exploratrice par la voie lombaire en évitant autant que possible le péritoine. La poche étant découverte doit être vidée à fond et lavée. La question de savoir si l'on doit faire immédiatement la néphrectomie ou bien la réserver pour une seconde intervention n'est pas encore tranchée; toutefois il paraît moins grave de commencer par une néphrotomie et de réserver pour plus tard l'ablation du rien si elle est nécessaire. On a pu voir une pyonéphrose déterminer l'anurie comme cela ressort d'une observation du Dr Hogge (1) de Liège, qui dut pratiquer la néphrotomie à une femme de 25 ans, souffrant depuis 8 ans environ de ses voies urinaires et présentant, en même temps qu'une diminution très inquiétante de la quantité de ses urines, une tumeur dans la région du rein droit. L'oligurie persista après l'opération et la malade mourut dans le coma. Il n'est malheureusement pas question d'autopsie, de sorte qu'on ne put savoir quel était l'état de l'autre rein ni s'il présentait des lésions qui eussent permis d'expliquer facilement l'anurie. La néphrotomie est suivie de fistule purulente ou urinaire dans un grand nombre de cas.

Les contusions, déchirures ou broiements des reins dans les grands traumatismes ne sont pas extrêmement rares; ce qui l'est davantage, c'est de voir le pédicule du rein rompu et ce viscère flottant dans un foyer sanguin. M. Baron a rapporté à la Société anatomique en décembre 1895, un cas de ce genre. Il s'agissait d'un homme de 53 ans qui avait été écrasé par un camion. Outre diverses lésions dont une fracture du crâne, on

trouva dans l'abdomen une poche pleine de sang où se trouvait le rein gauche peu altéré comme tissu, mais n'étant plus retenu que par l'uretère ; le pédicule vasculaire, veine et artère avait été déchiré complètement. Les symptômes abdominaux s'étaient bornés à du ballonnement et à une vive douleur sans siège précis. Le présentateur a trouvé dans la thèse de Bloch, 1875, deux autres cas de rupture du pédicule vasculaire du rein et M. Morestin dit avoir observé un fait analogue.

(*A suivre*). A. MALHERBE.

CORRESPONDANCE

La Médecine et les Médecins au Théâtre en 1896.

Paris, 30 décembre 1896.

Monsieur le Rédacteur en chef,

En réponse aux allégations de votre collaborateur, M. Marcel Baudouin (*Progrès médical*, n° 51), nous avons l'honneur de vous prier d'insérer dans votre plus prochain numéro la lettre suivante de M. Brieux qui, nous l'espérons, mettra fin à toute discussion.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de nos sentiments distingués,

GILLES DE LA TOURETTE, J.-B. CHARCOT.

M. Brieux adresse à notre confrère, M. Jules Huret, de l'*Evénement*, la lettre suivante, parue dans le numéro du 29 décembre de ce journal :

« Saint-Jean-sur-Mer,
26 décembre 1896.

Mon cher Huret,

Il paraît que l'*Evasion* est une pièce à clef! Je reçois, depuis la première, une quantité de lettres qui me l'affirment. Là, on me félicite de ce qu'on appelle mon audace ; ici, on me reproche ce qu'on nomme mon cynisme. L'une de ces lettres ne contient que ces mots : « Bien tapé ! Nous avons tous reconnu les Drs X..., Y..., et Z... » Une autre, plus laconique encore, se borne à m'appeler : « Mufle ! »

Elles m'étaient toutes également désagréables, et je m'étais imposé, vis-à-vis des uns et des autres, le même silence. Voici mieux : Je reçois ici, où je me suis retiré pour travailler, trois exemplaires du *Progrès médical*, qui me sont adressés par trois mains différentes et inconnues. Dans un article consacré à l'*Evasion*, on nomme en toutes lettres ce qu'on appelle mes « modèles. » Le Dr Bertry est, paraît-il, un composé de Germain Sée et de Charcot. Le Dr La Belleuse, c'est M. Gilles de la Tourette. Il n'y a pas jusqu'à mes deux héros, Lucienne et Jean, qui ne soient des portraits.

Voulez-vous, mon cher Huret, donner la publicité de votre courrier aux trois affirmations suivantes : 1° J'ai horreur de la pièce à clef : je n'en ai jamais fait et je n'en ferai jamais ; — 2° Je ne me suis inspiré, pour mon Dr Bertry, ni de Germain Sée, ni de Charcot, ni de nul autre ; — 3° Je ne me suis inspiré, pour mon Dr La Belleuse, ni de M. Gilles de la Tourette, ni de nul autre.

J'oppose à toute allégation contraire le plus formel démenti et, malgré ce que dit encore le journal en question, je déclare n'avoir eu aucun médecin pour « collaborateur masqué. »

Croyez, mon cher Huret, à mes sentiments affectueux.

BRIEUX. »

(1) *Annales M. G. U.*, février 1896, p. 165.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR (subventionné par la Ville de Paris) à l'Hôtel de Ville, salle des Prévots et à la Bourse du travail. — *Cours d'hygiène sociale* professé à la Bourse du travail, rue du Château-d'Eau, 3. Sujet du cours : *l'hygiène et l'alimentation des travailleurs*. M. le Dr A.-J. Martin fera la leçon du samedi 9 janvier 1897, à huit heures et demie du soir, à la Bourse du travail, salle des Conférences, sur le travail au point de vue de l'hygiène. La conférence pratique du dimanche 10 janvier 1897, aura lieu à la station municipale de désinfection, 6, rue des Récollets, à neuf heures et demie du matin. Les cours et les conférences sont publics.

UN MONSTRE DOUBLE VIVANT DU GENRE CANARD. — M. Milne Edwards, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Paris, a reçu une *cane à quatre pattes*, qui lui a été offerte par M. Salmon, propriétaire dans le département de l'Eure. Les deux pattes supplémentaires que possède ce phénomène sont placées sous le flanc droit et sont atrophiées. La cane a pondu plusieurs fois des œufs, mais ils sont difformes et la coquille est tellement mince qu'elle crève aussitôt qu'on la touche.

BIBLIOGRAPHIE

La peine de mort en Espagne. — *Siglo Medico*, août 1896.

On sait qu'en Espagne, comme chez nous, les exécutions sont publiques ; mais qu'elles ont pour instrument le garrot, et qu'elles sont précédées par une retraite du condamné en chapelle. M. le Dr A. Pulido, député espagnol, a proposé à la Chambre de modifier comme suit les articles 102, 103 et 104 de la législation pénale :

Art. 102 La peine mort sera exécutée au moyen du garrot. Elle aura lieu en plein jour, le lendemain de l'émission de la sentence, *dans l'intérieur de la prison en un lieu fermé* désigné par le Tribunal. Elle n'aura jamais lieu un jour férié.

Art. 103. Pendant les heures de chapelle, personne ne pourra visiter le condamné, sauf : les fonctionnaires de la prison, les juges, l'aumonier, le médecin, les parents autorisés et les frères chargés d'assister les prisonniers en chapelle.

Art. 104. Assisteront à l'exécution : le juge d'instruction, le commissaire de police ou l'alcade, le directeur de la prison, l'aumonier, le médecin, deux édiles, le greffier et les personnes autorisées. *Le médecin constatera la mort*, le greffier dressera de l'exécution un procès-verbal que tous les assistants signeront. *Il sera publié un extrait bref et succint du procès-verbal ; tout commentaire ou narration épisodique de l'exécution est formellement interdit.* F. B.

Etats périodiques de dépression chez les uricémiques ; par C. LANGE (de Copenhague). — Hambourg, 1896.

L'auteur s'efforce de distinguer de la mélancolie et de la neurasthénie des « états périodiques de dépression » caractérisés. 1° Par une sorte d'inertie cérébrale, une répugnance à accomplir toutes les opérations intellectuelles : prendre ou abandonner une décision, entreprendre un acte ou un travail, suivre une conversation, s'intéresser à autrui. Aussi les malades abandonnent-ils leurs occupations et recherchent-ils le repos et la solitude ; 2° par une émotivité ou une affectivité exagérées, qui se traduisent par des crises de larmes ou une profonde tristesse, quelquefois par une angoisse véritable ; 3° par des troubles inconstants tels que la céphalée, la douleur sacrée, des sueurs paroxystiques, des insomnies. Ces périodes de dépression durent de 3 à 6 mois et sont séparées par des phases d'une santé plus ou moins complète ; elles peuvent ne pas reparaître, surtout si elles ont débuté dans la jeunesse. Mais le point spécial sur lequel insiste l'auteur est la présence, dans l'urine, soit pendant les crises, soit dans leur intervalle, d'une quantité énorme d'urates, et Lange pense que l'uricémie dont cette excrétion témoigne, est la cause du syndrome qu'il décrit. Ce type clinique que l'auteur isole dans le « chaos » de la neurasthénie, et la distingue de la mélancolie par l'absence constante de conceptions délirantes et d'hallucinations, même chez des sujets dont l'affection remonte à 30 ou 40 ans. E. B.

VARIA

Les Médecins de nuit à Paris.

Les médecins chargés du service médical de nuit dans le XIe arrondissement viennent d'écrire au Préfet de police une lettre dans laquelle ils refusent d'assurer ce service. C'est la première protestation qui se produit contre le système que la Préfecture de police a établi pour le règlement des honoraires de ces médecins. Jusqu'ici ils avaient été payés au taux de 10 fr. la visite ; mais ce mode de payement engendrait des frais jugés trop élevés et le Préfet de police y a substitué une indemnité fixe de 600 fr. par an et par médecin. C'est contre cette nouvelle organisation que s'élèvent les médecins du XIe arrondissement.

Le Préfet de police, qu'un journaliste a vu à ce sujet, n'attache pas d'importance à cette lettre. Cette protestation n'est pas de nature à lui faire modifier l'organisation qu'il a établie et qui consiste dans le payement d'une indemnité fixe. M. Lépine n'est nullement préoccupé de la défection des médecin-

du XI[e] arrondissement, parce que, pour quatre qui refusent leurs services, il y en a *dix qui offrent les leurs.*

C'est à l'Hôtel de Ville que l'examen des notes fournies par les médecins pour leurs visites de nuit a révélé qu'il se produisait de graves abus. Ces notes atteignaient des chiffres très élevés ; aussi y résolut-on de signaler au Préfet ces anomalies pour qu'on y remédiât. Parmi les abus qui furent relevés au Conseil municipal (si un aussi grave manquement ne mérite pas un autre nom, dit le *Temps*), on doit noter le suivant : des médecins s'étaient entendus avec leurs clients pour faire porter la nuit une visite faite le jour, et ce fait s'était souvent reproduit ! C'est à la suite de ces irrégularités que fut décidé l'établissement d'une indemnité fixe ; ce règlement ne sera pas modifié. Quant aux quatre médecins du XI[e] arrondissement qui refusent leurs concours, ils seront simplement remplacés, s'ils persistent dans leur dessein.

Le Préfet de police, n'ayant pas jusqu'à ce jour recruter de médecins pour remplacer les démissionnaires, par un sentiment d'humanité que chacun appréciera, MM. les D[rs] Bellangé et Herck ont prévenu l'officier de paix du XI[e] arrondissement qu'ils assureraient, à titre purement gracieux, le service de nuit jusqu'à la reconstitution de ce service.

Voici, d'autre part, l'extrait du rapport présenté au Conseil municipal, sur le service des médecins de nuit, par M. Edmond Gibert. Après avoir établi que, pour l'année 1895, ce service a coûté 141.106 fr. 45, le rapporteur conclut :

Les services médicaux et pharmaceutiques de nuit sont très appréciés de la population parisienne, et nous le voyons bien par l'augmentation constante du nombre des visites ; mais, malheureusement pour le budget de la ville de Paris, la plupart des malades considèrent que ce service leur est dû gratuitement. Aussi, nous avions cherché, dès l'année dernière, le moyen d'augmenter autant que possible les recettes et surtout de diminuer les dépenses. Nous avions proposé de faire remettre aux trente-quatre percepteurs des contributions des divers quartiers de Paris, les états de recouvrements à réaliser. Nous disions qu'aucun agent n'est plus à même de connaître la solvabilité des débiteurs ; ils connaissent mieux que qui que ce soit les contribuables de leur quartier, surtout ceux qui ont un loyer annuel supérieur à 500 francs, et peuvent agir en conséquence. Au point de vue de la dépense, nous formions le vœu suivant : De supprimer le prix de la visite de nuit de 10 francs, qui a pour conséquence une augmentation constante chaque année : 110.000 francs en 1890, 127.000 francs en 1893, 141.000 francs en 1895, et qui ne sera pas moindre de 145.000 francs en 1896. La nouvelle organisation consistait à confier aux médecins des bureaux de bienfaisance les visites de nuit, moyennant une indemnité annuelle fixée à 600 francs. Cette proposition faite à votre commission avait été acceptée et votée par le Conseil municipal. La préfecture de police et M. Courbet, receveur municipal, n'avaient fait aucune objection et se mettaient en mesure de réaliser cette réforme. Nous ne savons par suite de quelle complication administrative, conflit de pouvoir, indifférence ou mauvais vouloir, le nouvel ordre de choses n'a pu être établi. Aujourd'hui, à la suite d'un travail étudié, nous pouvons vous fournir des chiffres précis : 135 médecins sont nécessaires pour assurer le service qui, à raison d'une rémunération de 600 francs par an, coûteront 81.000 francs. Les médecins sont choisis de préférence parmi ceux des bureaux de bienfaisance, mais pas exclusivement, parce qu'il est nécessaire que le médecin de nuit habite le quartier pour lequel il est désigné. Or, dans le quartier de Charonne, par exemple, il n'y en a qu'un seul qui l'habite qui soit du bureau de bienfaisance, et il en faut sept pour assurer le service de nuit. Dans les quartiers Saint-Fargeau, du Pont-de-Flandre, des Bassins, de Javel, du Bel-Air, de Picpus, des Champs-Elysées, du Gros-Caillou, du Jardin-des-Plantes, Sainte-Avoie, Vivienne, Gaillon, aucun n'habite le quartier pour lequel ils sont nommés. Pour nous résumer, nous ne pouvons que préjuger des remboursements du service de nuit par les receveurs des contributions, mais un résultat certain, auquel nous arriverons avec le nouveau service, sera de faire descendre les dépenses de 145.000 francs à une somme fixe de 81.000 francs, plus 17.000 francs environ pour les accouchements, soit une économie nette de 45.000 francs.

Le Budget de l'Assistance publique de Paris.

M. Navarre a donné connaissance de son rapport sur le budget de l'Assistance publique. Le Comité du Conseil municipal a réalisé des réductions considérables sur les propositions de l'Administration. Il y aurait eu lieu cependant d'améliorer la situation du personnel secondaire des hôpitaux : 1.400.000 francs seraient nécessaires ; on n'a pu donner que 200.000 francs. Le rapporteur a regretté l'insuffisance du contrôle, que le Conseil devra renforcer l'année prochaine en ce qui concerne les comptes des hôpitaux.

Parmi les réductions opérées, M. Navarre a regretté celle qui abaisse le prix du blé et du vin, et il en a demandé le relèvement. Il a signalé la nécessité de créer des établissements nouveaux et de transformer ceux qui ne répondent plus aux nécessités de l hygiène moderne. L'Administration a consacré 700.000 francs à la construction du *Sanatorium d'Angicourt*, qui ne renferme que cinquante lits; il en faudrait deux cents et 700.000 francs sont encore nécessaires; il annonce que le Président du Conseil des Ministres a promis de les donner sur les fonds du pari mutuel. D'autre part, le Directeur de l'Assistance publique a proposé au Conseil de surveillance de consacrer une somme de 6 millions à l'*isolement des tuberculeux* et aux mesures propres à combattre les dangers de la tuberculose. Le directeur de l'Assistance publique ne veut pas discuter en ce moment les questions posées dans le rapport. Cette étude viendra plus utilement à la session prochaine ; il vient aujourd'hui défendre simplement un budget contre les coupes sombres opérées par le comité du budget. M. Bompard a dit qu'il serait fâcheux de s'engager dans la voie des réductions à outrance. M. Grébauval, rapporteur général du budget, a déclaré accepter le relèvement du prix du blé à 22 francs au lieu de 20 fr. 50 et celui du vin à 47 centimes au lieu de 45.

Le budget de l'Assistance publique a été ensuite adopté après quelques observations de M. Alpy, qui a reconnu l'impossibilité d'une discussion approfondie et qui a accepté le renvoi à une prochaine session. M. Paul Strauss a dit que la 3[e] commission compte fournir l'occasion de ce débat. La subvention municipale au budget de l'Assistance publique est fixée à 20.244.030 fr. 60. MM. Ambroise Rendu et Chassaigne-Goyon ont demandé le rétablissement des sœurs dans les hôpitaux des quartiers. Bien entendu, cette proposition a été repoussée par 58 voix contre 12.

Les dépenses prévues pour 1897 s'élèvent à la somme de 51.050.767 francs, se décomposant comme suit :

Service administratif	31.249 610	50
Opérations d'ordre.	5.426 098	»
Bureaux de bienfaisance.	7.087.594	»
Services à revenus distincts. . . .	1.977.764	50
Capitaux	5.309.790	»

Le crédit destiné au service administratif comprend les dépenses d'hospitalisation, les hospices, les secours à domicile, l'établissement du service général et les frais d'administration, qui exigent une somme de 3.060.57 francs. Ces prévisions sont inférieures de plus de 5 millions à celles de l'année 1896.

XII[e] Congrès international de Médecine.
MOSCOU (12-26 *août* 1897).

Comité exécutif.

Président : M. Klein (J.-Th.), professeur, à Moscou. — Vice-président : M. Kojewnikow (A.-J.), professeur, à Moscou. — Trésorier : M. Filatow (N.-Th.), professeur, à Moscou. — Secrétaire-général : M. Roth (W.-K.), professeur, à Moscou. — Secrétaires : MM. Diakonow (P.-J.), professeur, à Moscou, Neyding (J.-J.), professeur, à Moscou, Tikhomirow W. A., professeur, à Moscou. — Membres : MM. Korsakow (S.-S.), professeur, à Moscou, Ognew (J.-F.), professeur, à Moscou, Cherwinsky (B.-D.), professeur, à Moscou.

Programmes préliminaires des Sections.

SECTION I. — *Anthropologie. Anatomie normale et Histologie.* — *I. Anthropologie.* 1. Quelles sont les mesures à prendre pour recueillir le plus grand nombre possible de données exactes sur les types anthropologiques, parmi la population russe et la population allogène de la Russie ? — Concours des médecins, élaboration d'instructions, indication des questions les plus importantes, etc. — 2. En quoi consistent les particularités les plus caractéristiques du crâne mongol ? Quelles sont les races mongoles ou autres où ces particularités se rencontrent le plus souvent et sont le mieux exprimées ? — 3. De combien le type du crane de la population actuelle de la Russie centrale diffère-t-il du type antique, de l'époque des kourganes ? Comment peut s'expliquer la modification du type quand elle peut être constatée ? — 4. Types de crânes du P[r] Sergi ; leur importance pour la classification des formes de cranes. — 5. Anomalies du squelette et des tissus extérieurs. Quelques-unes de ces anomalies ont-elles une importance de race et peuvent-elles être considérées comme un phénomène d'atavisme ?

II. *Anatomie.* Doit-on admettre comme internationale la nomenclature anatomique latine, élaborée par la Société d'Anatomie allemande ? — 2. De quelle façon introduire l'unité de nomenclature dans les ouvrages russes sur l'anatomie ? 3. La polydactylie est-

elle dédoublement ou phénomène d'atavisme? — 4. Homologie des extrêmités supérieures et inférieures.

III. *Histologie normale*. 1. Valeur comparée des diverses théories et hypothèses concernant la structure du protoplasma en général. — 2. Importance des blastomères dans la segmentation de l'œuf. Postrégénération. Développement des substances interstitielles et cuticulaires. — 3. Importance des centrozomes, des sphères et des noyaux supplémentaires dans les diverses cellules. Importance de la division directe (amidotique). — 4. Genèse de la cellule, c'est-à-dire développement progressif et formation des parties constituantes de l'organisme cellulaire. — 5. De l'innervation des glandes. — 6. De la diversité des modes de terminaison des nerfs dépendant de certaines conditions mécaniques. — 7. Développement des fibres et des cellules névritiques; meilleures méthodes pour les étudier. — 8. Place et mode du premier développement des organes du système génito-urinaire. — 9. Importance et genèse de la troisième partie constituante du sang (plaques de Bizzozero) et de ses rapports avec la coagulation — 10. Existe-t-il une émigration physiologique des leucocytes? Où a-t-elle lieu? Dans quelles proportions? — Quel est le principal rôle de ces éléments dans le corps? — 11. Des canaux secréteurs (particulièrement des tubes capillaires initiaux) des glandes salivaires, du pancréas et du foie. — 12 Ne pourrait-on pas créer une meilleure classification des tissus animales que celles qui existent, basées, autant que possible, sur le plus grand nombre de faits? — 13. Genèse de la partie encéphalique chez les vertébrés, l'homme y compris. — 14. Principe mécanique du développement des organismes. — 15. La structure des cellules névritiques et leurs relations réciproques dans le centre névritique. — 16. Des modifications de structure des cellules glandulaires durant le repos et pendant le travail des cellules correspondantes ou des formations glandulaires. — 17. Terminaison des nerfs sensitifs dans le cœur. — 18. Terminaison des nerfs dans les cellules névritiques des ganglions spinaux. — 19. Des nerfs sensitifs des muscles (fibres musculaires lisses et striés). — 20. Formes et extensions du tissu élastique dans l'organisme animal et son importance pour celui-ci. — 21. Structure et présence des membranes basales dans le corps animal et de leur importance pour celui-ci.

SECTION II. *Physiologie et Chimie physiologique*. — 1. Importance de la psychologie physiologique pour l'éducation médicale. 2. Le rôle de l'alimentation azotée dans la transformation des substances et des forces de l'organisme animal.

SECTION III. *Pathologie générale et Anatomie pathologique*. — 1. Genèse des différentes formes du diabète. — 2. Pysiologie pathologique de la thrombose. — 3. Physiologie pathologique du myxœdème. — 4. Doctrines de l'immunité; production et influence des antitoxines dans l'immunité artificielle. — 5. Rôle des vaisseaux et du parenchyme dans l'inflammation. — 6. De la constance des espèces de bactéries pathogènes au point de vue de leurs classifications botanique et de la spécification des maladies. (*A suivre*).

L'Assistance chirurgicale en province.

Nous apprenons qu'à Carpentras M. le Dr Cavaillon s'occupe activement d'organiser l'Assistance chirurgicale pour les populations rurales de la région. A son avis, non seulement les grandes villes de province doivent être munies d'installations de prompts secours, mais même toutes les agglomérations de 40 à 50,000 habitants. Nous sommes absolument partisans de cette idée, que M. Sorel défend aussi en Normandie avec conviction, car il vient de faire sur ce sujet deux conférences l'une à Rouen, l'autre au Havre.

Grâce aux ressources du Pari mutuel, on pourra peut-être arriver à créer ces organismes chirurgicaux nouveaux; mais pour cela il faudrait que nous soyons très soutenus par la Direction de l'Hygiène au Ministère de l'Intérieur. En France, il faut savoir attendre, car on a le temps d'y mourir plusieurs fois, avant de voir le plus petit progrès se réaliser.

Les grands Jeûneurs.

On se rappelle sans doute le bruit qui s'est fait autour des exploits de quelques jeûneurs forts discutés, Succi, par exemple. Certains animaux à sang froid pourraient leur rendre beaucoup de points, mais on n'acceptait pas cette critique, invoquant la différence de constitution. Or, voici que les animaux à sang chaud s'en mêlent, et la gloire achetée si chèrement échappe aux professionnels de l'abstinence. Un dindon, un simple dindon, a ouvert la nouvelle série en restant vingt et un jours sans manger; mais il est dépassé: un autre volatile, un dindon comme lui, enfermé par hasard dans la cage d'une machine et oublié dans cette réclusion, y est resté vingt-huit jours, non seulement sans manger, mais aussi sans boire, ce qui est beaucoup plus fort. Il est sorti de là fort amaigri, cela se comprend, mais parfaitement vivant. Plus sage que beaucoup d'hommes, l'animal ne s'est pas jeté sur la nourriture pour réparer le temps perdu; avec une prudence à signaler, il s'est contenté d'abord de quelques gorgées d'eau, et ce n'est que peu à peu qu'il s'est remis à son régime alimentaire normal. (*Cosmos*, 12 déc. 1896).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Pinard, Ricard, Delbet. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié. (1re *série*) : MM. Tillaux, Tuffier, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Humbert, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Gilles de la Tourette, Widal.

MARDI 12. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Panas, Bar, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Pozzi, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Nélaton. Hartmann. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Charrin. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Proust, Achard.

MERCREDI 13. — Médecine opératoire : MM. Marchand, Poirier, Walther. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ricard, Retterer, Sébileau. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Wurtz, André. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Peyrot, Tuffier, Varnier. — (2e *série*) : MM. Humbert, Broca, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Potain, Fournier, Gaucher.

JEUDI 14. — Médecine opératoire : MM. Panas, Poirier, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Roger, Chassevant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Le Dentu, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Raymond, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

VENDREDI 15. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, André. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Peyrot, Lejars, Delbet. — (2e *partie*), (1re *série*) : MM. Potain, Gaucher, Wurtz. — (2e *série*) : MM. Hayem, Chanffard, Letulle. — (2e *série*) : (Clinique Baudelocque.) MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 16. — 2e *de Doctorat*, (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Marie, Thiéry. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Gley. Chassevant. — 3e *de Doctorat*, 2e *partie* : MM. Laboulbène, Chantemesse, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*). Necker. MM. Raymond, Marfan, Menetrier. — (1re *partie*). Obstétrique clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

JEUDI 14. — M. Gourçon. Vertige des artério-scléreux. — M. Bernard. Contribution à l'étude des anévrysmes de l'artère hépatique. — M. Labour. Recherches expérimentales (anatomie pathologique et bactériologie) sur les poumons des lapins. — M. Pigeaud. La suggestion en pédagogie. Dangers et avantages — M. Lebas. Recherches sur l'immunité contre l'action anticoagulante des injections intra-vasculaires de propeptone. — M. Dumas. Traitement des gangrènes broncho-pulmonaires par l'hyposulfite de soude. — M. Trogneux. Contribution à l'étude des fistules ombilico-vésicales.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, commencera les deux cours suivants, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5: 1° le 21 janvier, à 4 heures: technique microscopique et manipulations pratiques, avec exercices de diagnostic d'histologie pathologique; 2° le 1er février, à 2 heures: technique bactériologique avec manipulations et étude des principaux microbes pathogènes. Ces cours, essentiellement pratiques, sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit tous les jours, de 1 h. à 2 h., chez M. le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra).

ECOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE PARIS. — A la suite du concours ouvert le 14 décembre 1896, ont été nommés médecins stagiaires à l'Ecole du Val-de-Grâce : MM. les Drs THIÉBAULT, MEUDY, EHRMANN et DAVID. — M. le Dr VINCENT est nommé, après concours, professeur agrégé de législation, administration, service de santé militaire et médecine légale militaire à l'Ecole du Val-de-Grâce

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 déc. au samedi 19 déc. 1896, les naissances ont été au nombre de 1 143, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 405: illégitimes, 178, Total, 583. — *Sexe féminin* : légitimes, 407 ; illégitimes, 153. Total, 560.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 déc. au samedi 19 déc. 1896, les décès ont été au nombre de 881, savoir : 483 hommes et 398 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 1, T. 1. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 2, F. 0, T. 2. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 6, F. 3, T. 9 — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 105, F. 55, T. 160. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 6, T. 16. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 8, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 38, T. 53. — Méningite simple : M. 10, F. 15, T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 29, F. 26, T. 55, — Paralysie, M. 8, F. 6, T. 14. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 33, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 8, T. 28 — Bronchite chronique : M. 11, F. 22, T. 35 — Broncho-pneumonie : M. 19, F. 12, T. 31. — Pneumonie : M. 23, F. 19, T. 42. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 22, F. 12, T. 34 — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 6, T. 22. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 1, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Débilité congénitale : M. 15, F. 14, T. 29. — Sénilité : M. 11, F. 23, T. 34. — Suicides : M. 7, F. 5, T. 12 — Autres morts violentes : M. 10, F. 7, T. 17. — Autres causes de mort : M. 77, F. 53, T. 130. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 3, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 14. Total : 49 — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 15. Total : 38.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — *Troubles universitaires.* — Le conflit entre les étudiants de Montpellier et la municipalité continue. Le président de l'Association a écrit au maire pour refuser la subvention accordée avec les conditions que l'on sait, et a adressé une sorte de manifeste à la population pour expliquer quelle est la situation de l'association vis-à-vis de la ville : la ville, disent les étudiants, ne peut pas déloger les étudiants de leur hôtel ; c'est en 1911 qu'elle sera propriétaire du terrain et de l'immeuble bâti et aménagé par les étudiants ; les dépenses courantes étant de 15,000 fr. par an, ce ne sont pas les 1,500 fr. de la ville qui les couvriraient ; l'association fait appel à tous les étudiants pour compenser la subvention municipale ; l'association sera ainsi dégagée de toute attache officielle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Sujet des Prix Corvisart et Saintour* pour l'année scolaire 1896-97. — 1er Prix Corvisart : *Œdème du poumon.* 2e Prix Saintour : *La néphrite chez les saturnins.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. RAUZIER, agrégé, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'hygiène.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. le Dr VIEUSSE, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours de clinique ophtalmologique. — M. BILLARD, préparateur de bactériologie et de physiologie, est nommé jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux de physiologie.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. MONDAN, docteur en médecine, est maintenu, pour l'année scolaire 1896-1897, dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique chirurgicale. — M. le Dr BORDIER est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, des fonctions d'agrégé (section de physique), et nommé chef des travaux de physique.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. LABBÉ (Lucien-Eugène-Henry), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 8 juin 1897, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — M. Arnaut, docteur en médecine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, est nommé professeur de thérapeutique. — Un concours s'ouvrira, le 29 juillet 1897, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Marseille.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — Sont nommés professeurs, à dater du 1er janvier 1897, les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Berteux (Pierre-Marie), clinique médicale ; Dayot (Hippolyte-Edouard-Marie), clinique chirurgicale ; Blin (Adolphe-Louis), thérapeutique.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Un concours s'ouvrira, le 8 juin 1897, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — M. MAURIN (Jean-Marie-Emile), docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — M. LABATUT, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pour l'année 1896-1897, d'un cours de chimie et de toxicologie.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. DHEILLY, professeur de pathologie médicale, est nommé professeur de physiologie. — M. TRÉPANT (Léon-Auguste), docteur en médecine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie médicale, en remplacement de M. Dheilly, appelé à d'autres fonctions. — M. BAX, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, pour l'année 1896-1897, d'un cours d'hygiène et de thérapeutique. — M. DECAMPS, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1896-1897, d'un cours de clinique médicale. — M. FOURNIER, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours de clinique obstétricale. — M. MOIGNIER DE VILLEPOIX, docteur ès sciences, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de physiologie. — Un congé, du 1er décembre 1896 au 30 octobre 1897, est accordé à M. Dheilly, professeur de physiologie. — Un congé pour le premier semestre de l'année scolaire 1896-1897, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Mollien, professeur de clinique obstétricale. — Deux concours s'ouvriront, le 26 juillet 1897, devant la Faculté de médecine de Lille, pour les emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale et des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE EN 1894 A BUDAPEST. — Les comptes-rendus du VIIIe Congrès international d'Hygiène et de Démographie, tenu à Budapest du 1er au 9 septembre 1894, viennent de paraître en huit volumes et seront expédiés au commencement du mois de janvier 1897, sauf le premier volume déjà expédié en octobre 1895. MM. les membres du Congrès, qui ont changé de logement depuis cette dernière date, sont instamment priés d'en informer *au plus tôt* le secrétaire-rédacteur du Congrès, Dr Sigismond de Gerloczy (hôpital Saint-Roch, Budapest), afin que l'expédition des comptes rendus ne souffre aucun retard.

HOMMAGE A M. LE Dr HUCHARD. — A l'occasion de la récente élection à l'Académie de Médecine de notre ami, M. le Dr HUCHARD, ses élèves et ses amis ont décidé de lui offrir un banquet qui aura lieu le mardi 26 janvier 1897 (restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Elysées), à 7 heures et demie, sous la présidence de M. le Pr POTAIN, membre de l'Institut. — Les adhésions seront reçues jusqu'au 16 janvier, au plus tard, à l'une des adresses suivantes : MM. Baillet, interne à l'hôpital Necker ; Deguy et Magdelaine, internes à l'hôpital de la Charité ; Dr Rochon-Duvigneaud, assistant à l'hôpital Lariboisière ; Dr Flœrsheim, 73, rue de Provence, à Paris ; Dr M[illegible], 92 avenue Victor-Hugo, à Paris ; Dr Weber, 6, rue [illegible], à Paris ; Dr Wehlin, à Clamart (Seine). — Le prix de la cotisation est de 20 francs.

HOMMAGE A M. LE Dr JULES SIMON. — Les amis et les élèves du Dr Jules Simon, à l'occasion de sa retraite des hôpitaux, se réunissent en un banquet, le jeudi 14 janvier 1897, à 7 h. 1/2, à l'hôtel Continental. Cotisation, 20 francs. Adresser les adhésions au Dr Caron de la Carrière, [illegible], rue du Cirque, à MM. P. [illegible] et [illegible], internes à l'hôpital des Enfants-Malades.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Séance du 23 décembre. Questions orales posées : *Glande sous-maxillaire. Stomatite mercurielle.* — Séance du 26 décembre. Questions orales posées : *Rapports de la crosse de l'aorte. Signes et complications de l'anévrysme de l'aorte.*— Autres séances : *Rapports du rein; coliques néphrétiques. Creux poplité; arthrite blennorrhagique. — Veine jugulaire interne; symptômes de l'hémorrhagie cérébrale, etc.*

Concours de la médaille d'or. — *Chirurgie.* Prix : M. Baudet. — Médaille d'argent : M. Lapointe.

Service médical de l'Hôpital Boucicaut. — Le service hospitalier, dû à la générosité de Mme Boucicaut, qui doit être inauguré au commencement du printemps, a été constitué ainsi qu'il suit : *Médecine*, M. Letulle ; *Chirurgie*, M. Marchand ; *Accouchements*, M. Auvard.

Concours public pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 22 février 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. — MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 janvier 1897, et sera clos définitivement le vendredi 5 février, à trois heures.

ÉTABLISSEMENTS NATIONAUX DE BIENFAISANCE ET ASILE DE VINCENNES. — Nous apprenons avec regret la mise à la retraite, juste à 60 ans et sans motif, de l'honorable directeur de l'Asile de convalescence de Vincennes, M. BOBEUF. Les convalescents, le service médical n'ont jamais eu qu'à se louer de sa direction habile, bienveillante et dévouée. Il paraît qu'on avait besoin de sa place. Nous verrons si l'expérience de son remplaçant justifie la mesure, que nous qualifierons de maladroite, prise envers M. Bobeuf.

MÉDECINS SÉNATEURS. — Pour la *Lozère*, sont nommés sénateurs, (Inscrits, 389, Votants, 384) M. le Dr Théophile ROUSSEL, par républicain, 286 voix, et M. le Dr MONESTIER, républicain progressiste, par 278 voix. M. le Dr Th. Roussel est sénateur de la Lozère, depuis le 3 janvier 1879. Il avait été réélu le 5 janvier 1888 par 210 voix sur 393 votants, avec M. de Rozière, républicain, qui, au second tour, avait obtenu 207 voix. Leurs concurrents réactionnaires étaient alors M. de Colombet qui eut 189 voix et M. Grousset qui obtint 185 voix. M. le Dr Monestier a été élu, le 30 août dernier, en remplacement de M. de Rozière, décédé le 18 juin 1896. Les deux sénateurs sortants n'avaient pas de concurrents. — Dans les *Landes*, M. le Dr LOURTIES, sénateur sortant, républicain, a été élu par 411 voix. — A *Constantine*, M. le Dr TREILLE, ancien député, républicain, a été élu par 105 voix.

NÉCROLOGIE — M. le Dr Paul QUINTON, décédé à Paris. — On annonce la mort, à l'âge de soixante-neuf ans, M. le Dr DOYER, professeur d'oculistique et d'ophtalmologie à l'Université de Leyde. Elève, parmi les plus distingués du célèbre Donders, M. le Pr Doyer jouissait dans le monde savant d'une légitime autorité. Il laisse de nombreux travaux ayant trait à l'oculistique. — M. le Dr F.-F. MORAWITZ, qui vient de mourir à Saint-Pétersbourg après une longue maladie, était un des entomologistes les plus renommés d'Europe. Originaire de Silésie, il était né à Saint-Pétersbourg en 1827. Il fut le fondateur de la Société entomologique russe et membre de nombreuses sociétés savantes. Sa collection d'insectes passe pour la plus riche des collections particulières en ce genre. — M. le Dr LESCUYER (de Verdun-sur-Meuse), décédé subitement à l'âge de soixante-deux ans. — A 27 ans, vient de mourir M. Paul FRÉDET, étudiant en médecine, fils de M. le Dr E. Frédet, professeur honoraire de l'Ecole, médecin des hôpitaux de Clermont-Ferrand. — M. le Dr Jean-Hubert THIRY, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Bruxelles. — M. le Dr Paul-Emile BINET, privatdocent de chimie médicale à la Faculté de médecine de Genève. — M. le Dr Georges PADLEY, ancien lecteur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Liverpool. — M. le Dr Joaquim MONTEIRO CAMINHOA, professeur émérite de botanique et de zoologie médicales à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le Dr Leonard J. SANFORD, professeur d'anatomie et de physiologie à Yale University de New Haven. — M. le Dr Thomas JAMESON, frère aîné de l'envahisseur du Transvaal, est mort le 1er janvier, au cours d'une visite professionnelle, à Streatham. Il était âgé de cinquante-neuf ans, avait fait ses études médicales à Edimbourg et avait pris ses degrés en 1858.

COLLÈGE ROYAL DE MÉDECINE DE LONDRES

PRIX ET MÉDAILLES DE WEBER PARKES. — Le premier jugement sera porté en 1897. Valeur du prix : 150 livres sterling. Tous les travaux doivent être envoyés au régisseur du collège avant le 1er juillet. Des renseignements complets seront envoyés sur demande. — E. LIVEING, M. D. *Registrar*. Pall Mall East S. W. 1er janvier 1897.

Nous appelons de nouveau l'attention de nos lecteurs sur les **ÉTRENNES MÉDICALES** *que nous avons annoncées dans nos précédents numéros.* (Voir page XCV des annonces, n° 52.)

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr Jules VOISIN commencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 7 janvier 1897, à 10 h. du matin, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*

LA FOI QUI GUÉRIT

PAR

J.-M. CHARCOT

Brochure in-8 de 48 pages. — Papier vélin, prix 2 fr., pour nos abonnés, 1 fr.; papier Hollande, prix 3 fr., pour nos abonnés, 1 fr. 50, papier Japon, prix 4 fr., pour nos abonnés, 2 fr.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 3. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 16 JANVIER 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INTERNE

Néphrite parenchymateuse surajoutée à une néphrite interstitielle avec complication d'inflammation fibrineuse des bassinets et des uretères ;

Par le Dr A. S. PARTZWSKI (de Moscou).

L'observation ci-dessous est intéressante à plus d'un titre. Nous signalerons d'abord l'inflammation aiguë parenchymateuse du rein, greffée sur une néphrite chronique, et, d'une façon toute spéciale, la pyélite fibrineuse accompagnée d'uréthrite de même nature.

OBSERVATION.

A. F. E..., âgé de 54 ans, médecin, est issu d'une famille saine ; son père, employé, est mort à un âge avancé, d'une rupture du cœur ; sa mère vit encore ; il est l'aîné de sept frères et sœurs, tous vivants et jouissant d'une bonne santé. Depuis sa sortie de l'Université, il a toujours vécu à Moscou. Il tousse depuis plus de 30 ans et, avant encore, il avait commencé à fumer. A 34 ans, il eut le typhus exanthématique qu'il contracta à l'hôpital, et à 44 ans une inflammation des poumons ; à 46 ans, la diphtérie. Il n'eut jamais ni syphilis, ni uréthrite, ni colique rénale. Grand amateur d'animaux, il s'adonnait beaucoup à l'équitation et à la chasse au fusil avec des chiens. L'année passée, il remarqua que l'exercice à cheval lui produisait de l'essoufflement et il abandonna cette espèce de sport. Cet été, il renonça aussi à la chasse, tant à cause de la dyspnée que de la rapide fatigue qu'il en ressentait, et il la remplaça par la pêche.

Le 10 mars 1895, E... eut une atteinte d'influenza, pendant laquelle, outre des symptômes fibriles et une poussée aiguë considérable du catarrhe des voies respiratoires, il se produisit des phénomènes de stase dans le foie, qui augmenta considérablement de volume et devint douloureux, surtout le lobe gauche. Dans l'urine, on trouva des traces d'albumine (cette dernière y ayant été découverte déjà une première fois, avec un poids spécifique très bas, par le Dr Fiwéiski en mi-février 1895). Les symptômes fébriles persistèrent quatre jours et, après deux semaines, le malade se rétablit.

Le 16 mars 1896, nouvelle atteinte de grippe accompagnée des mêmes symptômes, mais à un degré moindre ; rétablissement en deux semaines. A partir de cette époque, les accès de dyspnée s'accentuèrent et le malade s'adressa pour une rhinite chronique au Dr Stépanoff, qui, dans le courant du printemps et de l'automne, lui enleva quelques polypes. Les accès de dyspnée ne s'en répétant pas moins, il fixa son attention sur la composition de l'urine et la recherche des œdèmes ; cependant des examens réitérés, en été et en automne, et même trois semaines avant sa dernière maladie à laquelle il succomba, ne firent découvrir ni albumine dans l'urine ni œdème.

Le 18 octobre, il ressentit une faiblesse générale et des petits frissons continus ; cependant ce jour-là il alla encore voir ses malades et pris part a une séance de la « Société des médecins russes ; le 19, il m'envoya chercher : il se plaignait de faiblesse, d'un etat fébrile et d'accès de dyspnée qui se produisaient de temps en temps.

A l'examen, je constatai ce qui suit : taille moyenne, constitution robuste, ossature régulière, système musculaire bien développé, tissu adipeux modéré. La langue est chargée et un peu sèche, la soif grande, l'appétit moyen ; le voile du palais et les amygdales sont rouges et un peu gonflés, œdème peu considérable de la face ; la partie postérieure du pharynx est recouverte de mucus ; gêne pour avaler. A la palpation du cou, douleurs dans la région qui répond à la situation des amygdales. A la pression, douleur à l'épigastre et dans la région du foie, surtout du lobe gauche ; le foie est augmenté de volume et appréciable en bas ; le bord inférieur du lobe droit atteint presque le nombril ; le lobe gauche s'étend jusqu'à la ligne mamillaire gauche. Ventre modérément tendu ; selles journalières. Au dire du malade, la quantité de l'urine est de 900 cc ; elle est saturée, un peu trouble, jaune (voir ci-dessous le résultat de l'analyse). Rhinite avec abondante sécrétion muco-purulente, gêne au passage de l'air par le nez, de sorte que la respiration se fait en partie par la bouche. Dyspnée subjective et objective, type respiratoire costal, inspirations profondes avec dépression à l'épigastre, 32 par minute. Les poumons sont distendus, comme le montre l'état des sommets et des bords inférieurs, qui, dans la ligne axillaire, arrivent à la onzième côte, à la percussion. Augmentation générale de la sonorité. Partout on ressent le frémitus pectoral. A l'auscultation, respiration vésiculaire dans les parties supérieures en avant et en arrière jusqu'à la moitié de l'omoplate, avec râles secs ; plus bas, la respiration est considérablement affaiblie, surtout dans le côté gauche ; à droite, dans le dos, râles secs et humides, à bulles fines. Le choc du cœur, visible à l'œil, se fait sentir au processus xiphoïde ; augmentation du cœur dans ses deux diamètres : le cœur droit dépasse de deux doigts le bord droit du sternum. A gauche, la matité commence à la troisième côte, et s'étend jusqu'à la ligne mamillaire ; cette dernière limite peut difficilement être appréciée d'une manière exacte à cause de la distension du bord gauche des poumons. Les bruits du cœur sont normaux ; pas de forte accentuation au second bruit. Les artères périphériques sont dures, un peu sinueuses (athéromasie). Le pouls, 82 par minute, est plein, dur, régulier, sans retard sur la systole cardiaque, identique aux deux bras. Température, 37°,8. Ordonnance : gargarisme de la bouche et du gosier avec une solution de borax, lavages du nez, trois fois par jour avec une poudre de chlorhydrate de quinine 0,12 et de codéine 0,006, ventouses sèches sur la poitrine et sinapismes ; pendant les accès d'asthme, inhalations de pyridine ; lait additionné d'eau d'Obersalzbrunnen (1/3-1/4 de verre). En outre, il fut conseillé de garder le lit, de mettre un gilet de flanelle, d'augmenter la température de la chambre et d'en rendre l'air humide à l'aide de vapeurs, dans le but de faciliter l'expectoration et d'augmenter la transpiration cutanée.

Les deux jours qui suivirent, l'état objectif des poumons s'améliora sensiblement : diminution de la quantité des râles ; bruit respiratoire plus sensible dans les parties inférieures. La douleur dans la région du foie s'atténua ; le malade se sentit mieux : il ne se plaignait plus d'accès d'asthme, quoique la respiration fût restée précipitée et profonde, 32 par minute, avec 72 pulsations. La température variait entre 37°,7 et 37°,9.

Le 22, l'analyse de l'urine par le Dr Blumenthal donna les résultats suivants : quantité journalière, 900 cc., poids spécifique, 1023, réaction acide, couleur brun-rougeâtre, trouble, déplacement du plan de polarisation à gauche, traces d'hémoglobine, albumine 10-12 0/00, pas de sucre, ni acide acétoacétique. Examen microscopique : quantité excessive de cylindres hyalins, granuleux, épithéliaux et cireux, cellules épithéliales rénales à l'état de dégénérescence graisseuse très prononcée en quantité assez considérable, hématies, altérées pour la plupart, en quantité modérée, leucocytes beaucoup plus nombreux que la normale. A l'examen microscopique des crachats, le Dr Blumenthal trouve une grande quantité de corpuscules purulents non modifiés, mêlés d'un petit nombre de cellules épithéliales provenant des voies respiratoires supérieures. Il ne fut pas découvert de bacilles tuberculeux. Par contre, on trouva les bacilles de l'influenza (bacilles de Pfeiffer) et des streptocoques. Le même jour, on remarqua, pour la première

fois, des traces d'œdème aux jambes. Ordonnance : Infusion de digitale 0,40 : 180,0 avec benzoate de soude, 4,0, un verre d'Obersalzbrunnen, un verre de café, lait et un peu de pain blanc.

Le 23 et le 24, digitale. La langue reste chargée et sèche, l'appétit moyen ; le malade se contente du régime lacté ; sa soif est plus grande, il prend 7-8 verres de liquide, 2-3 selles par jour, molles, non moulées ; cependant le gonflement du ventre ne diminua pas, et les douleurs du foie, surtout du lobe gauche, augmentèrent ; la quantité de l'urine monta de 900 cc. à 1.300-1.400, les œdèmes disparurent, la peau devint moite ; de temps en temps il y eut une légère transpiration ; sommeil plus mauvais par suite des douleurs abdominales ; des compresses échauffantes sur la région hépatique ne sont pas supportées.

Le 25, calomel, 0,06 toutes les heures, à cause de la persistance des douleurs dans le foie ; après cinq doses, il eut trois selles.

Le 26, de nouveau trois selles : la douleur du foie n'a pas diminué ; le météorisme a augmenté ; quantité de l'urine : 900 cc. ; température, 37°,8, pouls 96, respiration, 32 par minute. Injection sous cutanée de morphine, 0,005.

Le 27, à cause des douleurs dans la région hépatique, le malade se retient de tousser ; il ne peut rester couché, il change sans cesse de position. Expectoration muco-purulente très légèrement teintée de sang. Soulèvement du diaphragme : en avant, la matité du foie commence à la sixième côte sur la ligne mamillaire, à la neuvième sur la ligne axillaire. En arrière, en bas à droite, matité du lobe pulmonaire inférieur et râles humides à bulles fines ; à gauche affaiblissement du bruit respiratoire, râles secs, et seulement tout en bas, râles à bulles fines. Renforcement peu prononcé du frémitus pectoral à droite. Météorisme. Pas de selles.

29. Matité dans la région de la vessie ; fréquents ténesmes vésicaux et douleurs dans la région vésicale. A la miction qui suivit, il s'élimina une substance solide, qui, à un examen plus attentif, se trouva être un moulage fibrineux des calices rénaux, du bassinet et de l'urétère. L'examen microscopique montra que ce moulage était formé de fibrine recouverte d'hématies, de leucocytes et de diverses espèces de cylindres. Le soir, un second moulage semblable fut encore éliminé par l'urine. Quantité de l'urine, 900 cc.

30. Bain à 32° R., durée, 17 minutes. La nuit, il se produisit dans la région lombaire droite une douleur s'étendant vers en bas dans la direction de l'uretère et offrant un caractère spasmodique ; elle se produisait par accès, avec ténesme vésical, mais les efforts de mictions restèrent sans résultats. Après une injection de morphine dans la région lombaire pour calmer les douleurs, il y eut élimination d'urine avec des moulages fibrineux comme ci-dessus. En général, urines rares. Selle après lavement.

31. Nuit bonne. Météorisme. Douleurs modérées dans le ventre ; matité dans ses parties déclives. Dans le poumon droit, en arrière et en bas, matité et râles à bulles fines. Température, 37°,4, transpiration continue, diminution des forces, peu d'urine. Ordonnance : outre le lait et le café, cognac et caféine, 0,12 avec benzoate de soude 0,40, toutes les deux heures.

1er novembre. La nuit, le malade a dormi avec des interruptions ; la transpiration, modérée pendant tout le cours de la maladie, se fit profuse à partir de 3 heures du matin. Température, 36°,4, pouls 60-76, respiration, 36 par minute. La toux est peu fréquente, l'expectoration muco-purulente. Le bord du poumon, sur la ligne mamillaire, se trouve à la cinquième côte, sur la ligne axillaire à la septième ; en arrière et en bas des deux côtés, la matité, modérée, et les râles à bulles fines atteignent l'angle de l'omoplate ; en arrière, dans les sommets, et aussi en avant, renforcement de la respiration vésiculaire et râles secs. Fremitus pectoral sur toute l'étendue de la cage thoracique. Bruits du cœur normaux. Le ventre est gonflé davantage, légèrement douloureux. Foie douloureux aux mouvements et à la pression. Matité dans les parties déclives du ventre. L'urine contient de nouveau des moulages fibrineux, quantité 100 cc., ténesmes fréquents, sans douleurs. Divagation pendant le sommeil. Vers le soir, dépression des forces, transpiration profuse, refroidissement des extrémités et œdème des pieds, somnolence : augmentation de la dyspnée à 42 inspirations par minute ; pouls moins plein, 72. Inhalations d'oxygène.

2. Nuit inquiète, changement continu de position ; accentuation de la faiblesse générale. Quantité d'urine, pour les dernières 24 heures, environ 30 cc. Le matin commença l'agonie et vers une heure de l'après-midi le malade mourut.

D'après l'histoire ci-dessus de la maladie, nous voyons que depuis plus de trente ans le malade avait une rhinite et toussait. M. le Dr Stépanoff nous a appris qu'il avait eu des excroissances polypeuses dans les méats nasals moyens et très probablement aussi une inflammation de l'antre d'Highmore ; avec cela un catarrhe opiniâtre du gosier. L'examen de la poitrine nous a décélé tous les signes d'une bronchite chronique étendue, compliquée d'emphysème pulmonaire, comme le montre la position élevée des sommets et l'abaissement des bords des lobes inférieurs des poumons. Il est fort possible qu'avec une bronchite de si longue durée, il se soit développé aussi des bronchiectasies (les débris compacts, tombant au fond du vase en forme de boules, de l'expectoration muco-purulente peuvent être pris pour leur moulage) ; mais, en l'absence d'autres signes, je n'oserais l'affirmer. On sait que, dans les bronchites étendues, de longue durée le ventricule droit s'hypertrophie, subit par la suite une dégénérescence graisseuse et une dilatation passive. Cette dilatation passive existait aussi dans notre cas. Chaque fois que le malade contractait une grippe intercurrente, comme en dernier lieu, le ventricule droit se dilatait passivement, ainsi que le prouvaient l'agrandissement du diamètre transversal ; l'absecence de forte accentuation du second bruit de l'artère pulmonaire et le développement subit de l'hypérémie passive du foie. Le cœur était aussi augmenté longitudinalement ; ce qui parle en faveur de l'hypertrophie du ventricule gauche, confirmée encore par la tension, la plénitude, le développement du pouls. Les artères avaient subi la dégénérescence athéromateuse et l'artériosclérose s'accompagne ordinairement d'une augmentation du diamètre longitudinal du cœur. Cette augmentation est aussi un symptôme constant des affections rénales, et, en effet dans le courant des deux maladies précédentes, nous avons trouvé des traces d'album. Cela nous donne plein droit de supposer que le malade était atteint d'une néphrite interstitielle donnant naissance aux accès d'asthme, comme expression d'accès urémiques se produisant de temps à autre. L'âge du malade plaide en faveur de cette opinion et le retour persistant des accès d'asthme urémique même alors que l'urine ne renfermait pas d'albumine, montre qu'ici il ne s'agissait pas uniquement d'une stase rénale. L'analyse de l'urine du 22 octobre a montré un poids spécifique élevé, une grande quantité d'albumine, des cylindres de toutes les variétés possibles, des cellules épithéliales à l'état de dégénérescence graisseuse, un petit nombre d'hématies altérés et un nombre de leucocytes supérieurs à la normale. Ces données indiquent une inflammation parenchymateuse aiguë des reins, surajoutée à une néphrite interstitielle.

Ni dans les traités de médecine, ni dans les grandes monographies, on ne trouve des renseignements sur une pareille combinaison ; mais, M. le Pr Ostrooumoff, de l'Université, de Moscou, en a fait depuis longtemps une relation à la Société médicale de Moscou, et, chaque année, à ses leçons cliniques. il montre des cas de ce genre.

Contre le gros rein blanc plaident une grande quantité d'urine et une quantité peu considérable d'albumine,

son absence complète parfois, l'absence pendant un temps prolongé d'œdèmes prononcés.

A tout cela cependant ne se limitèrent pas les malheurs de notre malade. Le 29 octobre, au milieu de douleurs spasmodiques modérées dans l'hypochondre gauche et précédé de difficultés dans la miction, il s'élimina avec l'urine un paquet d'éléments filamenteux et de membranes; le 30 octobre, à l'élimination d'un paquet semblable, la douleur sur le parcours de l'uretère droit, prit le caractère d'un accès de colique rénale nettement prononcé; de pareilles éliminations eurent lieu six où sept fois; ces paquets ont été analysés par le Dr Blumenthal et le Dr Sanguine, qui en ont tiré des conclusions identiques : semblables par l'apparence, la couleur et le caractère, ils ne se distinguent les unes des autres que par des détails insignifiants ; on y rencontre des membranes blanchâtres dont le caractère et la consistance ne se distinguent en rien des filaments.

Ces paquets, examinés à l'œil nu, présentent des formations arrondies, entrelacées, semblable, à du vermicelle et représentent des pelottes, rappelant par leur disposition les pelottes de tænia expulsés de l'intestin, avec cette différence qu'avec le tænia le ruban est plus large et plus gros. Le diamètre de ces formations est petit,il n'a que quelques millimètres, leur forme est arrondie, par endroit; elles sont aplaties, par-ci par-là on y remarque des enfoncements et des interceptions. En outre,et cette circonstance mérite une attention particulière,dans un de ses paquets on remarque comment ces formations,à l'aspect de rubans,commencent à un de leurs bouts une dilatation sous forme de coupole qui,renversée, forme une espèce de poche, et, redressée,donne l'idée de voûte avec deux dilatations pareilles. A l'examen microscopique, traitées selon la méthode de Weigert, ces formations on été trouvées se composer de fibrine, ce qui a été confirmé aussi par l'image microscopique de préparations non colorées et déchiquetées. Les cylindres et autres éléments rénaux trouvés à la surface doivent être regardés comme des dépôts qui s'y sont faits, d'autant plus qu'on ne les trouve pas dans les sections. De même, dans ces coupes, il ne fut trouvé aucun microorganisme.

Si nous passons maintenant à l'explication du lieu de leur formation et à leur pathogénie, il faut dire que ce dernier n'a pu être que les uretères. La seule objection, qui pourrait être faite à ce sujet, serait que la grosseur de ses longs rubans arrondis ne correspond pas au diamètre des uretères; mais ici il ne s'agit pas d'uretères normaux, mais d'uretères à l'état d'inflammation et d'inflammation fibrineuse. Qu'il en est ainsi, nous en avons la preuve dans la surface inégale, les interceptions et les angles des rubans. En faveur de cette opinion plaident encore les dilatations à forme de coupole citées plus haut et qu'il faut regarder comme le moulage des calices des bassinets, de même que les formations longues représentant le moulage des uretères.

Ainsi la forme et les parties constituantes de ces paquets montrent qu'il proviennent des bassinets et des uretères; nous pouvons donc émettre l'opinion qu'une inflammation fibrineuse des bassinets et des uretères s'est surajoutée à la néphrite parenchymateuse aiguë. Ce diagnostic se trouve confirmé par l'examen clinique : l'élimination des paquets était précédée de gêne dans la miction, meme d'interruption passagère, de douleur dans les lombes le long de l'uretère et dans la vessie, en un mot de l'image de la colique néphrétique. Ollivier a décrit sous le nom de pyélonéphrite hémato-fibrineuse une forme hémorrhagique de pyélite qui se montre à l'âge sénile se rattachant à l'artériosclérose, à des anévrysmes des branches de l'artère rénale, à des hémorrhagies provenant de ces dernières et aux conséquences ultérieures de la formation de caillots. Notre cas n'a avec celui-ci rien de commun; chez notre malade le mélange du sang était si insignifiant qu'on ne le découvrait qu'au microscope, comme symptôme inévitable des phénomènes inflammatoires.

Il me reste à dire un mot de deux complications. La distension de la capsule péritonéale du foie, par suite de l'hypérémie passive de cette organe, provoquait d'opiniâtres et violentes douleurs. Les jours suivants, la douleur s'étendit à tout le ventre, s'accompagnant de constipation, de gonflement plus considérable du ventre, d'accumulation de liquides dans sa cavité, ce qui nous a donné lieu d'admettre une péritonite séreuse subaiguë. Les matités, les abondants râles humides, à bulles fines, le renforcement du frémitus pectoral dans le lobe inférieur droit du poumon, le mélange de sang à l'expectoration indiquaient une inflammation catarrhale des poumons.

Pendant tout le cours de la maladie, la température n'a été que peu élevée. On sait, par les observations des élèves de Botkine, qu'avec une affection rénale concomitant, le cours d'une maladie infectieuse, comme par exemple le typhus abdominal, peut n'accuser qu'une élévation peu considérable de la température.

Pour expliquer l'étiologie, il nous faut ajouter que la dernière maladie a débuté par des symptômes fébriles, une recrudescence considérable de la rhinite,du catarrhe du gosier et de la bronchite. La pensée qui tout d'abord arrive à l'esprit, c'est qu'il s'agit d'influenza. Cette supposition trouve un ferme appui dans l'épidémie de grippe prolongée qui régnait à Moscou, dans les symptômes catarrhaux aigus observés chez notre malade, dans la présence dans les crachats du bacille de Pfeiffer et puis parce que, dans le cas donné, il est facile d'exclure toutes les autres maladies infectieuses.

Une fois qu'une infection a pénétré dans l'organisme, son action se manifeste surtout sur les organes faibles et malades. Dans notre cas, nous voyons une affection des organes respiratoires, un trouble de circulation par suite de l'affaiblissement de l'activité cardiaque, un trouble dans la fonction rénale et une affection aiguë des reins. Pour ce qui concerne l'étiologie, nous pouvons exclure chez notre malade l'origine ascendante de la pyélite quelqu'en soit l'espèce; il n'eut jamais ni uréthrite, ni catarrhe de la vessie, ni calculs vésicaux ou rénaux; de même, on peut exclure les agents chimiques comme par exemple la cantharidine et les parasites, l'échinocoque. Il ne reste donc que l'immigration du principe pathogène par la voie de la circulation. Dans la pathologie générale de Todwysatski se trouvent mentionnées les observations de Koniaëff, de Neumann, de Filipowitsch, d'Enriquez et de Karlinski qui montrent que, dans un grand nombre de maladies infectieuses, les causes provocatrices circulent dans le sang et s'éliminent par les reins. Dans le *Klinisches Handbuch der Harn-und Sexualorgane*, publié par Zuelzer en 1894, dans l'article de Schwald : Pyélitis und Pyélonéphritis, on trouve des indications qui montrent qu'un grand nombre de maladies infectieuses, choléra, diphtérie, typhus exanthématique et abdominal, affections septiques, etc., exercent sur la muqueuse des bassinets une action tout à fait semblable à celle qu'elles exercent sur les autres muqueuses; souvent ici l'inflammation est de nature fibrineuse ou diphtéritique. Dans notre

cas, après exclusion de toutes les autres formes cliniques d'affections infectieuses, nous ne pouvons admettre que l'influenza. Pour l'inflammation fibrineuse, il n'est pas de microorganisme spécifique, et, du reste, il n'en est pas besoin, puisqu'elle peut-être provoquée par les toxines éliminées de l'organisme par les voies urinaires. Le bacille de Pfeiffer a-t-il été ici l'unique cause de la maladie ou cette dernière a-t-elle été causée par une infection mixte? C'est là une question qui reste non résolue.

Autant que j'ai pu me renseigner dans la littérature ce cas est unique.

L'autopsie, que j'ai proposée a été refusée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les aliénés dans les hôpitaux : placements volontaires.

Sous ce titre, *Folie épidémique*, le *Journal* du 7 janvier a publié un entrefilet ainsi conçu :

« Dix-sept cas de folie ont été constatés dans le court espace de deux jours. L'administration de l'hôpital Tenon s'est d'abord vue dans la nécessité de transférer à Sainte-Anne neuf de ses malades entrés pour tout autre cas. Ce sont : Hélène Vatrelot, soixante-deux ans ; Henri Beaudry, trente-quatre ans ; Joseph Valier, soixante-dix-huit ans ; Louis Doria, quarante-six ans ; Etienne Auguste, soixante ans ; François Brunet, soixante-treize ans ; Eulalie Scharinger, quatre-vingt-deux ans ; Anne Perrodin, quarante-deux ans ; Lucie Schopp, trente-cinq ans.

« Puis, dans la seule journée d'hier, le commissaire du quartier de la Roquette a envoyé à l'infirmerie du Dépot, huit aliénés qui lui avaient été signalés comme dangereux pour eux-mêmes et les autres. Il est vrai que, parmi ces dix-sept cas d'aliénation mentale, les âges que nous mentionnons indiquent de nombreuses démences séniles ; mais, c'est égal, voilà un joli chiffre pour les statisticiens. »

Si nous reproduisons cette information, c'est pour signaler aux Directeurs des hôpitaux une simplification dans le mode de placement des malades des hôpitaux devenus aliénés dans leurs salles. Lorsqu'un cas d'aliénation survient dans un hôpital, le directeur envoie prévenir le commissaire de police, celui-ci se rend à l'hôpital et rédige un procès-verbal qui sert d'arrêté provisoire. Ensuite le malade aliéné est conduit au bureau d'admission de l'Asile clinique (Sainte-Anne) d'où il est transféré au bout de quelques jours dans un des asiles de la Seine, ou à Bicêtre, ou à la Salpêtrière : il s'agit alors d'un *placement d'office* en raison de l'intervention de la police. L'Administration de l'Assistance publique pourrait supprimer l'intervention du commissaire de police et l'envoi à l'Asile clinique en employant le mode de *placement volontaire* et envoyer directement, au moins dans la mesure des lits vacants, ses malades devenus aliénés, à Bicêtre ou à la Salpêtrière. On éviterait ainsi des démarches, des formalités, et surtout de déplacements multiples aux malades, déplacements qui leur sont toujours préjudiciables.

Nous ajouterons que, tandis que les médecins, quand ils publient, dans un but scientifique, l'observation de leurs malades, prennent soin de ne pas indiquer leur nom, les journaux politiques, pour satisfaire une curiosité malsaine, publient les noms et prénoms de ces infortunés. A qui incombe la responsabilité de cette publication inutile et qui peut avoir de sérieux inconvénients pour les malheureux internés ?

[illegible]

Le Service médical de l'Exposition de 1900.

L'Administration vient de jeter les bases de l'organisation de son service médical de l'Exposition pendant la période des travaux de construction. Une note officieuse nous l'apprend. Trois postes de secours *seront* établis successivement dans le périmètre des chantiers et organisés au fur et à mesure de la mise en action de ces chantiers. Le premier, et *le seul qui fonctionnera jusqu'à nouvel ordre*, sera placé aux abords du Palais de l'Industrie.

Chaque poste comportera la présence d'un médecin, d'un interne de service et d'un infirmier, dont la permanence entraînera, pour chaque poste, la nomination de huit médecins et deux internes : ces derniers se partageront la journée de garde ; les médecins feront chacun une garde effective de trois heures consécutives tous les deux jours.

Pour les trois postes définitifs, le personnel sera donc de *vingt-quatre médecins* et de *six internes*. Des médecins « de secours » iront, de plus, visiter les blessés transportés dans les hopitaux, ou les soigner à domicile. C'est la pharmacie centrale de l'Assistance publique qui fournira les médicaments, lesquels seront reçus, vérifiés et répartis entre les postes par un *inspecteur spécial*. Cet inspecteur était-il bien utile? — Au total, au moins *cinquante médecins*!! Tout le monde sera content.

L'obligation de présence du service médical sera, dit-on, très rigoureuse, et toute absence non justifiée entraînera la radiation immédiate. On verra bien ! Quant à la répartition des heures de garde, elle aura lieu entre les médecins soit de gré à gré, soit par voie de tirage au sort.

Les pansements des blessés se feront sur le chantier, dans le poste de secours le plus voisin ; mais, sauf les cas d'urgence, les opérations auront lieu dans les hôpitaux, où les malades seront transportés par une voiture d'ambulance. Jusqu'à présent le service au Palais de l'Industrie a été assuré par deux internes et un infirmier. La désignation du personnel médical complet sera faite à très bref délai.

Comme on vient de le voir, on a pris, dans le projet de M. Marcel Baudouin, projet bien connu de nos lecteurs, tout ce qu'il y avait de moins neuf, de moins intéressant et de moins pratique. Et, en somme, on est revenu aux errements anciens, en reculant très nettement sur ce qui avait été tenté et obtenu en 1893, à Chicago.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur ces procédés, dignes du plus beau des opportunismes. Contenter le plus de monde possible — c'est-à-dire plus de cinquante médecins, qui envient les palmes violettes —, et sacrifier à ces tendances les *intérêts des blessés* et les idées originales, voilà le noble but poursuivi par la Commission nommée par l'éminent ingénieur, directeur des travaux ! On doit être satisfait à l'avance des résultats, qui couronneront certainement des efforts aussi distingués.

Nous nous bornons à ajouter que M. Picard parle toujours d'utiliser les ambulances urbaines, alors qu'en réalité, à l'heure présente, *ce service ne comporte qu'une voiture remisée dans le quartier de l'Exposition* et empruntée au service des voitures pour malades et *contagieux* de la Ville de Paris. D'ailleurs, dans le seul poste d'ambulances pour blessés, qui fonctionne tant bien que mal actuellement, il n'y a guère qu'une ou deux voitures disponibles, et cela pour tout Paris !

Tant qu'au *Service [illegible] de Prompts Secours*, on a simplement oublié de l'organiser. On s'est à nouveau remis de ce soin à l'Assistance publique.

La laïcisation des hôpitaux de Marseille.

Le *Marseille médical* du 1er décembre a publié la note suivante :

La Commission administrative des hospices a discuté, dans sa séance du 25 novembre, la laïcisation de tous les services hospitaliers. M. le Maire présidait la séance, et le rapport de M. Gibon, administrateur et conseiller municipal, a été adopté par 9 voix contre 2, celles, croyons-nous, de MM. Roche et Debelly. La dépense supplémentaire sera de 11.800 fr.

Cette mesure était réclamée depuis longtemps par le Conseil municipal de Marseille. Aujourd'hui, après l'avis de la Commission administrative des hospices, elle paraît devoir bientôt aboutir. Pour en assurer le succès, la Municipalité de Marseille ferait bien d'organiser une *Ecole professionnelle d'Infirmières*. Il importe, en effet, dans l'intérêt des malades que les religieuses soient remplacées par un *personnel instruit*. Et cela peut se faire plus vite qu'autrefois, parce qu'il existe des programmes d'enseignement et toute une littérature, française et étrangère. Malheureusement, ni les commissions administratives, dont la composition est souvent si bizarre, ni les médecins qui ont la compétence et dont ce serait vraiment le devoir, ignorent trop ce qui se fait en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, aux Etats-Unis, au point de vue de l'enseignement professionnel du personnel secondaire des hôpitaux et hospices. Et cependant le *Congrès international d'Assistance publique* de 1889 avait voté, sur notre proposition, un vœu demandant la création d'Ecoles professionnelles dans les villes où existent des Facultés et des Ecoles de médecine. Nous rappelons ce vœu à M. Monod, qui s'y était associé. De telles créations lui feraient honneur. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 Janvier 1897.

PRÉSIDENCE DE MM. CHAUVEAU ET BOUCHARD.

M. CHAUVEAU, président sortant, remet ses pouvoirs à M. BOUCHARD, élu président. Il rappelle que, nommé depuis cinq ans, il n'a eu qu'à se louer de la marche des travaux de la Société. Il avait reçu la Société très prospère des mains de Brown-Séquard, et il a la satisfaction de la rendre aussi prospère à son successeur, choisi, pour ainsi dire, à l'unanimité et dont les travaux ont été tous inspirés par l'idée même qui avait présidé à la fondation de la Société de Biologie, celle de la fusion de toutes les recherches anatomiques, physiologiques et cliniques dans un un but commun.

M. BOUCHARD remercie vivement la Société de la marque d'estime qu'elle lui donne et qui est, dit-il, le plus grand honneur qu'il ait pensé mériter. Il s'engage à soutenir toujours les intérêts de la Société, qui sont ceux de la Science elle-même, intérêts qu'il a appris à connaître avec Roger, Claude-Bernard, Brown-Séquard, Chauveau, dont il énumère les différents travaux sur la vie musculaire et la nutrition. Il rappelle ses propres travaux à la Société, produits dès 1864 sous l'influence de son maître le plus aimé, de Charcot, dont le rôle a été si grand dans ce milieu, et s'estime sûr de continuer les traditions anciennes, l'accueil aux jeunes travailleurs, la libre critique, l'horreur du pharisaïsme.

M. D'ARSONVAL ajoute que la Société restera toujours et avant tout scientifique, surtout avec la direction de M. Bouchard, qui, toute sa vie, a fait preuve de savant en lançant la clinique dans les voies nouvelles de l'expérimentation.

M. FÉRÉ. — L'anthropométrie a constaté la *différence de l'avant-bras avec le bras* dans les différentes races, l'avant-bras étant plus long dans les races inférieures. L'auteur a constaté des faits semblables sur les épileptiques et les dégénérés de son service de Bicêtre. De plus dans l'hémiplégie spasmodique infantile, la déformation pathologique reproduit ce type attribué à la dégénérescence.

M. THIÉRY, directeur du laboratoire d'agriculture de Bône, adresse une note sur *la thoracocentèse chez le chien*, mettant en relief l'extrême résistance que peuvent offrir les séreuses. Il s'agit d'un chien décousu par un sanglier et portant une plaie de poitrine de douze centimètres avec hernie du poumon. Il continua à suivre la chasse et guérit après des sutures tardives.

M. BORDAS présente un *lacto-sérum artificiel* qui permet la culture du bacille typhique et non celle du coli bacille, qui coagule le lait. On peut ajouter à ce milieu une couleur d'aniline réductive par le coli bacille, ce qui permet d'obtenir une réaction colorante en même temps que la réaction de coagulation.

MM. ROGER et JOSUÉ font une communication sur la *surcharge en médulocelle* qui se produit dans la moelle du lapin suivant qu'on injecte à l'animal de la toxine diphthéritique, de l'antitoxine, ou les deux produits successivement. Les différences paraissent assez sensibles aux expérimentateurs.

M. GLEY a étudié chez le lapin l'*extirpation de toutes les glandules parathyroïdiennes*, et a vu se produire dans ces cas les accidents de la thyroïdectomie complète dans un certain nombre de cas seulement. — Il transmet en même temps une note de M. ROUXEAU (de Nantes), qui a observé les accidents dans une proportion considérable. Il conclut que la divergence constatée entre les deux ordres de recherches montre que les glandules accessoires peuvent être aberrantes ou absentes dans un certain nombre de cas. Il pense que les fonctions dites thyroïdiennes peuvent appartenir aux glandules accessoires.

MM. VIDAL et SICARD montrent que le *sang desséché de typhique* conserve la propriété agglutinante et peut permettre de faire à très grandes distances le diagnostic de fièvre typhoïde. Quelques gouttes de sang recueillies sur un morceau de papier et délayée au moment de s'en servir dans un peu d'eau peuvent faire apparaître la réaction agglutinante. Cette façon de diagnostiquer la fièvre typhoïde à distance a déjà été employée au point de vue de la médecine publique et de l'hygiène au Canada.

M. BOURQUELOT rapporte un cas d'*association médicamenteuse vicieuse* due aux ferments oxydants. Il s'agit d'une potion au gaïacol et au julep gommeux, qui précipita sous l'influence des ferments contenus dans la gomme arabique. Il faut donc tenir compte de ce fait que les gommes résines contiennent des ferments actifs.

M. MERMETS a étudié le rôle protecteur de *l'épithélium antérieur de la cornée* sur les secrétions de l'œil. Le bleu de Prusse injecté dans l'humeur acqueuse ne passe pas à la surface de l'œil quand l'épithélium cornéen est intact.

M. DASTRE montre une série de tubes relatifs à l'action *anticoagulante de la peptone*.

M. MAUREL (de Toulouse). — *Action du chlorure de sodium sur le sang du lapin.* — M. le Dr Maurel a étudié cette action : 1° en ajoutant ce sel au sang du lapin ; et 2° en mélangeant au sang des solutions étendues de ce sel à divers titres.

Les principales conclusions sont les suivantes :

1° *Relativement au premier groupe d'expériences :* Les éléments figurés de ce sang ne résistent pas à une addition de plus de 7 grammes de ce sel par litre de sang.

2° *Relativement au second groupe :* Les solutions de chlorure de sodium à 7 grammes et à 3 gr. 50 pour 1.000 centimètres cubes d'eau distillée altèrent les éléments figurés dès qu'elles sont mélangées au sang dans la proportion de 1/3. A la condition de ne pas dépasser 1/5, elles sont sans action sur ces éléments au moins pendant les premières heures. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 janvier. — Présidence de M. Hervieux.

L'hygiène des femmes et des enfants dans l'industrie.

M. Napias insiste sur le nombre croissant de femmes et de jeunes enfants employés dans l'industrie. L'emploi progressif des machines permet, en effet, d'utiliser le travail de sujets même peu robustes. La limite d'âge pour les enfants, fixée en France à douze ans par la loi Roussel, est actuellement de treize ans dans plusieurs pays d'Europe. Malgré le progrès réalisé (l'âge minimum de huit ans n'avait pas été adopté, en 1834, sans de très grandes résistances), cette question mérite encore toute l'attention des hygiénistes.

Vaccinations anticholériques.

D'après une lettre du Consul de France à Calcutta, les vaccinations faites par le procédé de M. Hawkins auraient donné un résultat très satisfaisant. La mortalité, parmi les inoculés n'a été que de 2,55 pour 100, tandis que, parmi les coolis non traités par cette méthode, elle s'est élevée à 19 pour 100.

Tænia madagascarensis.

M. R. Blanchard donne une description très détaillée de ce tœnia, décrit tout d'abord par Davaine. Ses caractères le rapprochent du tœnia nana et du tænia des oiseaux. Il habite toute la zone tropicale. Davaine l'a trouvé à Madagascar; Chevreau à l'ile Maurice: Leuckhardt à Bangkok; Weber aux Indes Néerlandaises. Il attaque aussi bien les enfants que les adultes, et se communique probablement par l'intermédiaire d'un insecte vivant dans les produits alimentaires.

Elections.

Election d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. — Les candidats présentés étaient : en première ligne, M. Guignard; en deuxième ligne, MM. Beauregard et Bourquelot; en troisième ligne, MM. Béhal, Quesneville, Vigier. M. Guignard est élu par 70 voix sur 71 votants.

Liste de présentation des candidats à la place de membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. — Première ligne, M. Delorme; deuxième ligne, M. Richelot; troisième ligne, M. Peyrot; quatrième ligne, M. Bouilly; cinquième ligne, M. Quénu; sixième ligne, M. Kirmisson.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 janvier 1896. — Présidence de M. d'Heilly.

Zone sonore inféro-dorsale gauche du thorax.

M. Gaillard attire l'attention des médecins sur une zone sonore existant à la partie inféro-dorsale du thorax du côté gauche. Cette zone, due à la sonorité de l'estomac et du côlon distendus par les gaz, peut donner naissance à des erreurs et faire poser parfois à tort le diagnostic de pneumothorax.

Injection intraveineuse de sérum dans un cas de streptococcie.

M. Dalché signale les excellents résultats obtenus par l'injection intraveineuse d'un litre de sérum de Hayem durant cinq jours de suite chez une femme infectée par les streptocoques et qui présentait même des signes d'endocardite infectieuse.

Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.

MM. Sabrazès et Hugon (de Bordeaux) font part à la Société de nombreuses expériences faites sur la sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. Ces expériences confirment entièrement les résultats obtenus par M. Widal.

Lymphadénomes.

M. Fernet présente les résultats d'une autopsie de malade atteinte de lymphadénomes multiples. Le cou, le médiastin, le canal rachidien étaient le siège de ces tumeurs.

Ectopie cardiaque pleurésique.

M. Moutard-Martin présente un malade dont le cœur a été déplacé et porté à droite par une pleurésie tuberculeuse ancienne, ce qui avait fait penser à un anévrysme.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRUGIE

Séance du 6 janvier 1897. — Présidence de M. Ch. Monod.

M. Auvray lit une *étude expérimentale sur la résection du foie chez les animaux.* (Renvoyée à une Commission).

Coup de feu et plaie de l'abdomen.

M. Michaux lit un rapport sur une observation de M. Chupin. Il s'agissait d'un cavalier s'étant tiré un coup de carabine Lebel à blanc au niveau du flanc droit. Fracture de l'os iliaque. La plaie est infiltrée de carton et de bavure. Laparotomie, qui ne montre aucune plaie de l'intestin. On referme et tout guérit. On approuvera la prompte décision, qui a conduit M. Chupin à pratiquer la laparotomie, et, malgré l'absence des lésions intestinales, l'existence de la fracture de l'iliaque, avec plaie, légitimait suffisamment cette intervention, qui fut suivie des plus heureux résultats. M. Chupin a insisté avec raison sur les grands désordres, qui peuvent résulter de coups de feu tirés à blanc.

M. Robert. — Les expériences de M. Chupin avec les coups de feu à blanc ont été souvent répétées par les médecins militaires. Les tissus peuvent être traversés dans une grande profondeur. Ces balles de carton sur des planches de sapin produisent des déchirures absolument analogues à celles que produit la dynamite. De là, la recommandation aux hommes de ne pas s'approcher à plus de 50 centimètres, ou même un mètre dans le cas de manœuvres, étant donnée la gravité de coups de feu à blanc dans les exercices.

M. Delorme. — L'administration militaire a très légitimement prévu le fait, en limitant la distance à laquelle les hommes peuvent s'approcher sans danger.

Anévrysme cirsoïde de la région temporale.

M. Nélaton. — Dans le travail que j'ai à rapporter, M. Roux (de Brignolles) bat en brèche une observation et la théorie de M. Terrier. Celui-ci tendait à démontrer que ces dilatations étaient analogues aux anévrysmes artério-veineux. M. Roux (de Brignolles) voudrait revenir à la théorie nerveuse. De là une thérapeutique différente. Voici son fait. Tumeur qui s'était développée progressivement en 16 ans. Bruit de rouet, expansion, etc. Hémorrhagies, dilatations au-devant de la région auriculaire, malaire et sus-orbitaire. De plus, sur le côté gauche existait une dilatation type, mais petite à côté du côté droit. A l'auscultation de l'œil, on entendait un souffle à renforcement. On fait l'ablation de la tumeur droite après ligature de la carotide externe droite. Affaissement de la dilatation serpentine et guérison. Mais, au bout de 4 mois, dilatation du côté gauche, plus grosse que n'était le droit avant l'ablation de la tumeur. Après examen de la pièce, on ne trouva pas de lésions ni communications veineuses, seulement de l'endartérite. On pourra se contenter d'enlever la tumeur cirsoïde, pour voir ultérieurement s'affaisser les dilatations serpentines.

M. Quénu. — C'est par le hasard d'une coupe histologique que M. Terrier et moi nous avons découvert la communication entre les artères et les veines dans l'anévrysme cirsoïde. Mais il n'en résulte pas que nous ayons voulu dire que dans tous les cas cette anastomose artério-veineuse, par capillarité, puisse se trouver à l'origine de tout anévrysme cirsoïde.

M. Schwartz fait un rapport sur une observation envoyée par M. Chevassus. *Luxation de l'extrémité supérieure du radius avec fracture du cubitus. Résection de cette extrémité. Guérison avec retour des mouvements.*

M. Picque fait un rapport sur une observation de M. Ferraton : *Fracture de jambe compliquée de plaie.* — Pseudarthrose après 8 mois d'immobilisation et ankylose du genou. Résection du cal fibreux, dont les fragments étaient appliqués en biseau. Fixation au fil d'argent. Actuellement, 17 mois après l'intervention, le blessé marche avec une jambe parfaitement consolidée.

M. PICQUÉ lit un rapport sur une observation de M. HARTMANN. — *Anévrysme faux primitif de la partie supérieure de la jambe et du creux poplité, suite de coup de tranchet.* ... après application de bande d'Esmarch. Impossibilité d'arrêter l'hémorrhagie par la ligature et on place un tamponnement avec l'amadou. M. B.

Ordre du jour de la Séance du 20 janvier 1897.

Suite de la discussion sur la *chirurgie du poumon* (M. QUÉNU), MM. Tuffier, Bazy, Delorme. — Sur la *Gastro-entérostomie* (M. PICQUÉ); M. Reynier.

Election de membres correspondants.

Communication sur un *abcès cérébral* (M. REYNIER).

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 13 janvier 1896. — PRÉSIDENCE DE M. JOSIAS.

M. WEBER, en quittant la Présidence, expose les travaux annuels de la Société. Il rend hommage à la mémoire de son regretté prédécesseur, M. C. Paul.

M. JOSIAS prend le fauteuil de la Présidence et fait l'éloge de M. C. Paul et celui de son prédécesseur, M. Weber.

Traitement des crises paroxystiques chez les hyperchlorhydriques.

M. MATHIEU considère l'hyperchlorhydrie comme un symptôme qui peut se manifester dans des conditions différentes. Dans l'hyperchlorhydrie, la seule indication commune consiste à diminuer l'état d'irritation de la muqueuse. En premier lieu, il existe une *hyperchlorhydrie latente*, qui ne cause aucun trouble de l'estomac et qui n'exige pas de traitement. Dans certains cas particuliers, comme dans certaines crises gastriques du tabes, l'hyperchlorhydrie ne joue qu'un rôle secondaire, la plupart de ces crises nerveuses gastralgiques coexistent, au contraire, avec l'hypochlorhydrie. Cette *hyperchlorhydrie avec crises gastriques* ne relève pas du traitement ordinaire de l'hyperchlorhydrie.

L'*hyperchlorhydrie discontinue à paroxysmes éloignés* tient le plus souvent à des causes irritatives de l'estomac ou du système nerveux. La suppression de ces causes, sans traitement bien énergique, suffit à la guérison.

L'*hyperchlorhydrie discontinue à paroxysmes quotidiens* tient à la faim et surtout à l'abondance du suc gastrique trop grande pour la digestion du repas. Dans ce cas, il faut éviter toute alimentation irritante et administrer les alcalins pour calmer la douleur, à doses suffisantes; il faut surtout les donner au moment où la douleur commence à se manifester.

L'*hyperchlorhydrie continue avec hypersécrétion* sans lésion du pylore; cette hyperchlorhydrie peut bénéficier du même traitement que la classe précédente.

L'*hyperchlorhydrie avec stase*, due à une lésion du pylore, exige comme traitement la disparition des phénomènes de stase. La gastro-entérostomie est alors parfois indiquée. M. Mathieu, dans les cas les plus nombreux, conseille de vider l'estomac tous les jours au moyen du siphon et de faire de temps à autre des lavages pas trop fréquents, car les lavages fréquents déterminent l'augmentation des sécrétions gastriques.

Enfin, dans les cas d'*hyperchlorhydrie avec ulcère en activité*, la médication de choix consiste dans l'administration, à haute dose du sous-nitrate de bismuth. Le genre d'alcalin employé n'a pas grande importance dans le traitement de l'hyperchlorhydrie, et il ne croit pas que le bicarbonate de soude offre de réels inconvénients, comme le prétend M. Bardet dans une récente communication.

M. LEGENDRE, à côté des hyperchlorhydries latentes, je signale des cas où l'hyperchlorhydrie est très faible, et dans lesquels les malades ont des crises très pénibles. Ces crises surviennent chez les névropathes; ils ont de l'hyperesthésie de l'estomac. Le premier moyen curatif consiste dans le repos complet intellectuel et physique. Le second moyen est l'hydrothérapie tiède, bain tiède et, mieux, douches tièdes prolongées. Il insiste sur la nécessité de ne pas donner de médicaments dans les maladies douloureuses de l'estomac.

M. BARDET fait remarquer que l'état de la sécrétion gastrique du malade peut varier, et qu'il ne faudrait pas trop catégoriser les hyperchlorhydries.

M. BOVET a obtenu, dans certaines crises, une cessation notable de la douleur par l'application prolongée de compresses froides.

Pyélo-néphrite infectieuse guérie par les injections sous-cutanées de solution saline de chlorure de sodium.

M. BOVET, au nom de M. HUCHARD et au sien, communique à la Société l'observation d'une dame atteinte de pyélo-néphrite infectieuse, qui fut traitée par des injections sous-cutanées d'une solution de chlorure de sodium à 7 grammes pour 1.000 d'eau. Les quantités de liquide injecté varièrent de 200 gr. à 2.000 gr. par jour. L'amélioration fut progressive et détermina la guérison de cette malade, dont l'état avait été considéré comme absolument désespéré par de nombreux médecins éminents appelés en consultation. J. NOIR.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 5 janvier 1897. — PRÉSIDENCE DE M. KOPFF.

M. KOENIG, secrétaire annuel, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, à propos duquel M. Vignes fait observer que la modification apportée par lui au procédé de M. Terson pour l'opération de l'ectropion cicatriciel consiste à changer la ligne droite, base du triangle cutané excisé, en une ligne brisée dont les deux segments se coupent sur la droite qui unit le sommet du triangle à la commissure externe.

M. DESPAGNET lit ensuite le compte rendu des travaux de l'année, qui, par leur diversité et leur importance, atteste la vitalité et la prospérité croissante de la Société.

M. KOPFF cède le fauteuil de la présidence à M. VIGNES. Dans l'allocution prononcée par M. Vignes, on remarque beaucoup l'allusion faite au mouvement de décentralisation, qui s'accentue dans les sphères dirigeantes et dont le résultat sera pour l'ophtalmologie française de disperser dans les différentes parties de l'Université de Paris et des Universités de province les matériaux cliniques surentassés en une seule Institution, où a été créé le précédent déplorable du monopole officiel.

La conjonctivite subaiguë. — Etude clinique et bactériologique.

M. MORAX. — J'ai proposé le nom de conjonctivite subaiguë pour désigner une forme d'inflammation catarrhale de la conjonctive causée par un microorganisme spécial. Cette affection, non encore differenciée et considérée comme une réaction banale de la muqueuse oculaire, constitue en réalité une maladie spécifique, transmissible par contagion. Au point de vue clinique, la conjonctivite subaiguë se caractérise par sa bénignité, sa longue durée, sa bilatéralité et sa disparition rapide sous l'influence d'un traitement. Elle peut se développer à tout âge, mais elle s'observe plus spécialement chez l'adulte ou le vieillard. Le premier symptôme consiste dans l'agglutinement palpébral au réveil et la présence d'une sécrétion muco-purulente plus ou moins abondante, sur les bords palpébraux et dans l'angle interne.

Limités tout d'abord à l'un des yeux, ces symptômes ne tardent pas à se manifester du côté opposé. Il s'écoule, en général, deux à trois jours entre le délai de l'affection dans un œil et l'envahissement de l'autre œil. Les troubles subjectifs sont peu marqués. On ne note guère que des fourmillements ou des démangeaisons au niveau du bord des paupières, un peu de photophobie ou de difficulté pour le travail à la lumière. Parfois le malade n'accuse qu'un larmoiement incommode; ces troubles provoquent d'ailleurs plus de gêne que de douleur. Objectivement, on ne constate qu'une légère injection de la conjonctive tarsienne et bulbaire, et une teinte érithémateuse du bord palpébral, qui peut être plus accusée au niveau des angles des paupières.

La conjonctivite subaiguë peut persister des semaines ou des mois sans modification, jusqu'à ce qu'un traitement efficace vienne provoquer la guérison en quelques jours. Le collyre au sulfate de zinc au quarantième amène ce résultat en cinq à huit jours dans la majorité des cas.

Lorsqu'on examine au microscope la sécrétion conjonctivale, après coloration par une couleur basique d'aniline, on constate à côté de quelques cellules épithéliales desquamées et de leu-

cocytes polynucléaires plus ou moins abondants, l'existence en nombre assez considérable d'un diplobacille assez volumineux et à extrémités arrondies. Ce diplobacille ne se colore pas par la méthode de Gram.

Il est facile de l'isoler de la sécrétion conjonctivale; pour cela les milieux ordinaires doivent être additionnés de sérum humain ou animal. Le sérum coagulé se liquéfie sous l'influence du développement du diplobacille. Dans le bouillon peptonisé, ou sur la gélose peptonisée non additionnée des albuminoïdes du sérum, le développement ne se produit pas.

La température nécessaire à la culture est comprise entre 30 à 38 degrés. Au-dessus de cette température, la culture n'a pas lieu et le diplobacille perd, en peu de jours, toute utilité; il peut la conserver des mois lorsqu'on laisse les tubes de culture à l'étuve.

L'inoculation de ce diplobacille chez les animaux, quel que soit le mode d'inoculation, ne provoque aucune réaction morbide. Déposé sur la conjonctive humaine, il a déterminé, après une incubation de trois jours, une conjonctivite identique à la maladie naturelle et dans la sécrétion de laquelle le diplobacille existait pendant toute la durée de l'affection.

Cette conjonctivite subaiguë reconnaît donc pour cause unique la contamination, le transport du diplobacille d'un œil malade sur un œil sain. Le microorganisme spécifique n'existe pas, en effet, à l'état normal dans les cinq culs-de-sacs conjonctivaux et on ne le rencontre que dans la conjonctivite subaiguë.

Glaucome foudroyant et abolition persistante de la circulation rétinienne. — Considérations sur le rôle de la circulation intra-oculaire dans la pathogénie du glaucome.

M. Sulzer (de Genève) lit un long mémoire dont nous ne pouvons, à regret, que donner les conclusions. 1° Les glaucomes peuvent être divisés, selon leur origine prédominante, en deux grandes classes à savoir : le glaucome circulatoire, le glaucome vasculaire; et le glaucome nerveux ; 2° tous les glaucomes sont liés par le caractère commun de la dégénérescence vasculaire, primaire dans la seconde classe, cette dégénérescence est secondaire dans les deux autres classes où elle dépend d'un trouble de la circulation artérielle produit dans la première classe par la rupture de l'équilibre entre la tension intra-oculaire et la tension artérielle; dans la troisième classe, par l'influence nerveuse directe ; 3° les troubles circulatoires dégénératifs et nerveux sont liés par une dépendance mutuelle qui fait qu'ils se produisent et se renforcent entre eux. Cette mutuelle dépendance a en outre pour conséquence ce qu'il n'y a pas de glaucome circulatoire vasculaire ou nerveux pur; la classification n'indique que l'origine souvent partielle, et la prédominance d'une de ces trois altérations; 4° le trouble circulatoire joue le principal rôle dans les glaucomes ; 5° l'excavation glaucomateuse n'est pas, en effet, mécanique direct de l'hypertonie; elle est produite en première ligne par une dégénérescence des fibres à myéline de la papille dépendant de la pocalysie des éléments périphériques correspondants de la rétine par entrave de la circulation et par une nutrition insuffisante des tissus de la papille dépendant également de l'insuffisance de la circulation artérielle. Ainsi affaiblie, la papille peut s'affaisser davantage encore sous l'action de l'hypertonie ; 6° au point de vue thérapeutique, il est essentiel d'envisager l'origine du glaucome et l'état de la circulation intra-oculaire.

E. K.

Le Rat en thérapeutique. — Au siècle dernier, les rats avaient des propriétés curatives merveilleuses. « Le rat fendu vif et appliqué, tire les épines, les pointes des flèches, le venin des scorpions et des autres piqûres venimeuses. Les rats et les souris réduits en cendres et bus empêchent les enfants de « s'oublier la nuit : on les fait cuire pour les faire manger à ceux qui sont sujets à l'incontinence d'urine. Les têtes calcinées et mêlées avec du miel pour enduire les parties chauves font venir le poil. La fiente de rat lache le ventre des petits enfants; la prise est de trois, quatre, cinq ou six grains qu'on met daus leur bouillie. Cette fiente est apéritive et propre pour la pierre, étant prise desséchée et réduite en poudre ; la dose est depuis demi scrupule jusqu'à une dragme, etc. »

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. — Travaux de Neurologie chirurgicale ; par A. Chipault, J. Braquehaye, A. Demoulin, E. Daleine. — Paris, in-8, 1896. L. Battaille et Ce, éditeurs.

I. — Ce sont des études, en partie déjà publiées ailleurs, mais remaniées et fort heureusement soudées en volume sous l'impulsion féconde de M. Chipault. Il est incontestable que la neuropathologie et même la psychopathologie doivent emprunter tantôt aux ressources de la médecine, tantôt à l'intervention chirurgicale. Ce sont ces derniers cas, qui doivent être mis en lumière ici ; l'opérateur y trouvera profit, car il y rencontrera de véritables découvertes techniques. Le clinicien se pénétrera de l'aide fructueuse qu'il peut, au besoin, demander. Cataloguons ces richesses.

Première partie : Crâne et cerveau. — 1° Documents iconographiques sur la chirurgie cranienne au XVe siècle ; opérations ; instruments ; 2° études graphiques sur les fractures indirectes de la base du crâne ; définition ; mécanisme ; 3° lipomes péricraniens ; deux observations ; 4° traitement chirurgical des tumeurs de l'encéphale ; trois observations. De cette dernière question, un enseignement découle.

« Dès que le médecin a diagnostiqué une tumeur, il lui faut, sauf pour les tumeurs spécifiques, remettre le malade entre les mains du chirurgien, sans attendre plus de six semaines ; il lui faut surtout ne point se fier à l'atténuation des symptômes qui souvent se produit sous l'influence du mercure et de l'iode même dans les cas de gliomes et gliosarcomes ordinaires. Les faits opératoires déjà publiés, les statistiques nécropsiques de Bernard, Allen Starr, Vierordt, Byron Bramwell, etc., autorisent à proclamer que, dans l'avenir très rapproché où toute tumeur intracranienne sera, dès son diagnostic fait, considérée comme justiciable d'un traitement chirurgical, ce traitement pourra guérir par une intervention radicale sept sur cent, et, par une intervention palliative susceptible d'être répétée deux ou trois fois sur le même malade, soulager au moins soixante pour cent des tumeurs intracraniennes. » 5° Chirurgie de la capsule interne (1 observ. V. *Revue neurologique*, 1895).

Seconde partie : Rachis et moelle. — 1° Notes anatomiques sur le contenu du canal sacré : cul-de-sac dorsal, ganglions et veines ; 2° variété nouvelle de paraplégie pottique ; paraplégie spasmodique à début brusque, sans symptômes rachidiens ; trois observations dont deux avec intervention chirurgicale ; 3° ostéoplastie rachidienne : neuf observations ; 4° orthopédie rachidienne opératoire : un cas de luxation cervicale ballante ; trois cas de gibbosité pottique rapidement croissante ; 5° résection intradorsale des racines médullaires postérieures contre des névralgies rebelles : sept observations dont deux personnelles ; 6° ponction vertébrale : cinq observations.

Troisième partie : Nerfs et divers. — 1° Paralysies faciales otitiques : résection des parois du canal de Fallope dans son trajet pétreux (une observation) ; 2° méfaits de l'incision de Wilde ; dix-sept observations dont une avec paralysie faciale et une autre avec nécrose de l'atlas ; 3° lésion du plexus brachial dans les fractures fermées de la clavicule et leur traitement chirurgical : sept observations ; 4° traitement du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires : cinq observations. Deux cent huit figures font vivre ce volume.

II. — Die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstœtten ; par P.-J. Mœbius. — Berlin, in-8°, 1896. S. Karger, éditeur.

II. — *Le traitement des névropathes et la fondation de stations neurothérapiques.* Tel est le sujet de M. Mœbius qui conclut ainsi : 1° La principale indication à remplir pour traiter les névropathes, c'est de régler leur activité et de leur supprimer tout ce qui n'est qu'activité apparente, nuisible ou inutile, en leur faisant faire l'apprentissage d'un bon travail qui, de la bonne manière, coupe leur oisiveté ; 2° que de cas où il est, par intervalles, nécessaire d'arracher les malades à leur milieu habituel ! C'est alors qu'il est judicieux de faire entrer le sujet dans un établissement spécial. Il y devra trouver tous les modificateurs efficaces ; le pivot du traitement

sera l'organisation du temps, la détermination précise des heures d'un travail bien compris et d'un repos nettement installé. Tout asile de neurothérapie devra être administré en ce sens et procurer aux malades la possibilité d'un travail utile ; 3° il faudra faciliter aux moins aisés l'accès de la maison de santé. On y parviendra, on arrivera à leur y procurer un temps de séjour suffisamment long, en fondant des établissements à prix de pension très modérés, dotés même d'un certain nombre de bourses. Ces fondations pourront être faites par des associations charitables ou à l'aide de quêtes publiques, voire par souscriptions de bénéficiaires (cotisations).

III. — **Traité clinique de psychiatrie**; par DE KRAFFT-EBING. Traduction française, par E. LAURENT. 5e édition allemande. — Paris, in-8. 1897, A. Maloine, éditeur.

III. — Nous avions la traduction francaise du traité de M. Schuele. Celle du traité du savant professeur de Vienne, de M. de KRAFFT-EBING nous manquait, du moins à ceux qui ne connaissent pas l'allemand. C'est une œuvre dont l'importance est aujourd'hui notoire ; n'en est-elle point à sa cinquième édition ? Ses idées sont, il est vrai, monnaie courante jusques et y compris ses théories sur l'inversion du sens génital (voyez *Archives de Neurologie et Progrès médical. Passim*). Nul doute donc que ce dernier remaniement ne soit accueilli avec faveur en France, dans notre langue. M. LAURENT a d'ailleurs parfaitement traduit l'ouvrage. Nous ferons remarquer que c'est un livre qui contient 105 observations très nettes et des plus intéressantes.

IV. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie**; par BOURNEVILLE. T. XV, 1895.—Paris, in-8. *Progrès médical*, édit.

IV. — Avec la même fructueuse opiniâtreté, M. BOURNEVILLE continue à publier le compte rendu de son service de Bicêtre. Ce volume, en collaboration avec M. NOIR, contient, outre huit figures dans le texte et quatre planches : 1° l'histoire du service pendant l'année 1894 (Bicêtre et fondation Vallée); on y trouvera notamment le développement du matériel et des procédés d'enseignement, y compris l'enseignement professionnel; la statistique et le mouvement de la population ; le traitement et l'éducation de la digestion des jeunes idiots et idiotes ; 2° le détail des méthodes d'observation et procédés d'examen des enfants idiots et arriérés ; *pour répondre à la discussion engagée devant le Conseil municipal de Paris* le 15 mars 1895, par M. Deville ; 3° sous le titre Clinique et Anatomie pathologique, *observations* : d'idiotie complète congénitale avec paraplégie compliquée de contracture et de déformation des pieds; d'idiotie myxœdémateuse, et, finalement, la *question de l'assistance des alcooliques*. « Il convient, dit à ce propos, « M. Bourneville, d'ajourner la création d'asiles spéciaux ré- « gionaux pour alcooliques, jusqu'à ce que tous les départe- « ments soient pourvus de leur organisme indispensable, c'est- « à-dire d'un asile pour les aliénés. »

V. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** — T. XVI, 1896.

V. — Le tome XVI de M. BOURNEVILLE, 31 figures dans le texte et 3 planches, avec la collaboration de MM. Boncourt, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, Noir, Pilliet, Ruel, Sollier, Tissier, se compose de : 1° l'histoire du service pendant l'année 1895 : enseignement primaire; complément de l'outillage pédagogique (dominos en couleurs, cône à chevilles, tableau roulant), enseignement du chant. On y trouve l'exposé d'arguments en faveur de la *création de classes spéciales annexées aux écoles primaires ordinaires pour les enfants arriérés*, ainsi que la préface au livre de MM. Hamon du Fougeray et Couëtoux (*Manuel pratique des méthodes d'éducation spéciale aux enfants anormaux*); 2° sous la rubrique, Clinique et Anatomie pathologique, treize observations dont les titres prendraient une bonne colonne de ce journal ; 3° la thérapeutique est représentée par l'étude de *l'action physiologique et thérapeutique de la glande thyroïde* (croissance, obésité, myxœdème), l'intervention heureuse du traitement médicopédagogique chez un imbécile, l'emploi pharmacodynamique du bromure de camphre ou camphre monobromé.

VI. — **Les impulsions irrésistibles des épileptiques** : par V. PARANT.— Paris et Toulouse, in-8, 1896. O. Doin et E. Privat, édit.

VI. — M. PARANT étudie complètement une question dont le plan, que nous allons résumer, indiquera bien la matière et le but. Après avoir déterminé ce qu'il appelle, à juste titre la *spontanéité impulsive des épileptiques*, il passe en revue toutes leurs impulsions irrésistibles ; celles qui sont indépendantes des attaques, celles qui sont fonction de l'épilepsie partielle, celles qui sont tout à fait indépendants de l'épilepsie (délires associés, codélires). Il fixe les caractères séméiotiques de chacune de ces modalités montre, les formes des actes délictueux commis sous leur influence, dont les apparences sont si trompeuses et parfois si difficiles à étiqueter, à qualifier. Il en vient finalement aux applications médico-légales, examinant par le menu les espèces principales et concluant à la nécessité de la séquestration à l'asile, ce qui n'est pas un des moindres dangers de l'aliéniste, nous en savons quelque chose.

VII, — **Ueber Contractur u. Lœhmungszustænde der exterioren und interioren Augenmuskeln bei Hysterie** ; par NONNE et BESELIN. — Leipzig, in-8, 1896. A. Langkammer, édit.

VII. — Huit observations de premier ordre recueillies et analysées avec soin par MM. NONNE et BESELIN. Les deux premières concernent la contracture du droit interne et de l'orbiculaire. L'observation III offre l'intérêt clinique que la paralysie de l'oblique inférieur du côté gauche constitua le premier stigmate objectif de l'hystérie sans qu'il fût à ce moment possible de savoir s'il s'agissait d'une affection organique ou fonctionnelle. Ce n'est que lorsque se montrèrent les stigmates hystériques (troubles hémilatéraux de la sensibilité, rétrécissement concentrique du champ visuel), et quand la suggestion fit disparaître la paralysie, qui, du reste, reparut quelque temps après sur l'oblique supérieur de l'autre côté, que fut établi le diagnostic. Observation IV. Hystéroneurasthénie chez un homme; paralysie du droit supérieur droit. Les observations V et VI concernent des jeunes garçons de 10 et 11 ans atteints de parésie de l'accommodation de nature hystérique ; mais l'un d'eux était en même temps fort hypermétrope, ce qui compliquait le diagnostic. L'observation VII peut se résumer ainsi : femme hystérique, diminution de l'acuité de l'œil gauche; rétrécissement concentrique du champ visuel, diplopie monoculaire, mydriase avec réaction à peine marquée à la lumière, et, à la convergence, extrême résistance à l'égard des myotiques, paralysie de l'accommodation. *Dilatation pupillaire unilatérale persistante* ; deux circonstances militent en faveur de la paralysie du sphincter oirien : la longue durée (2 ans et 4 mois), et la paralysie simultanée, continue, de l'accomodation qui, naturellement, exclut la contracture d'un antagoniste. L'observation VIII est identique à l'observation VII, mais il s'agit d'une hystérique persécutrice, et les phénomènes sont bilatéraux.

VIII. — **Les irresponsables devant la loi** ; par L. LEMESLE. Paris, in-8, 1896. L. Larose et O. Doin, edit.

VIII. — M. LEMESLE est un confrère et, de plus, un avocat. Voici ce qu'il établit. Enfin on a accepté le principe que la pénalité doit être en rapport avec le degré de la responsabilité. Il y a nécessité, pour chaque inculpé, d'un examen psycho-moral. L'intervention médico-mentale réalise les garanties les meilleures pour cet examen, le bon sens et la perspicacité ne suffisant point pour diagnostiquer la folie. C'est pour avoir rejeté cette notion *que la magistrature a commis de nombreuses erreurs en condamnant des irresponsables*. Cela ne suffit pas. *Une inspection médicale de tous les inculpés doit précéder toute procédure*. (C'est là l'original du travail de l'auteur dont on lira avec intérêt les détails page 58, etc.). Mais en attendant cette organisation qui s'impose, il faut, provisoirement, instituer une inspection médicale des condamnés (comme en Belgique) ; le prévenu doit être, pendant la durée de la prévention, l'objet d'une observation médicomentale. P. KERAVAL.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Réserve*. — Nominations au grade de médecin de 2e classe : M. le Dr Martin, ancien aide-médecin auxiliaire de la marine.

REVUE DE CHIRURGIE

De l'abcès rétropharyngien aigu; par M. le Dr Arthur Clopatt.

Dans ce mémoire, l'auteur rend compte de six cas d'abcès rétropharyngien, observés par lui chez des enfants et il donne en outre une description serrée de cette affection en général. Les premiers cas connus d'abcès rétropharyngéal chez les enfants furent décrits par Abercrombie, en 1819. En 1840, Fleming donna un exposé de la nature et des causes de cette maladie. Il faut aussi nommer Gautier, Bokai, Abelin, Schmitz et Damm, qui, depuis, ont augmenté nos connaissances sur l'abcès rétropharyngéal.

L'auteur passe ensuite aux circonstances anatomiques et décrit les glandes lymphatiques qui se trouvent dans le tissu cellulaire rétropharyngé et les vaisseaux lymphatiques par lesquels elles communiquent avec la bouche, le pharynx, le nez et leurs cavités. Le plus souvent il est impossible de démontrer avec une certitude absolue la cause de la maladie dans le cas particulier ; mais il est très probable qu'une affection de la peau ou de la membrane muqueuse d'une des cavités du crâne en est la cause primaire. De là les substances phlogogènes (les microbes, le plus souvent les staphylocoques) montent par les vaisseaux lymphatiques et s'établissent dans les glandes lymphatiques rétropharyngées ou dans le tissu cellulaire environnant et y causent l'inflammation et la suppuration.

Selon Bokai, les deux sexes sont également disposés à cette maladie, tandis que la statistique de Damm montre une grande différence entre garçons (62.5 0/0) et filles (37.5 0/0). Quant à l'âge, il est remarquable que la maladie affecte, pour la plupart, les enfants en bas âge. Damm trouve que même si les abcès spondylitiques secondaires (observés le plus souvent chez des enfants d'un âge plus avancé) sont compris dans le compte, environ la moitié des cas de la maladie se trouve chez les petits malades avant la fin de la première année et presque trois quarts 73.9 0/0 pendant les deux dernières années. Des six cas que l'auteur décrit, trois patients n'avaient pas atteint l'âge d'un an ; deux n'avaient pas encore deux ans et un enfant en avait deux. Il y a des cas où les abcès rétropharyngés sont causés secondairement par des glandes lymphatiques enflammés ou par des dépôts de pus au côté extérieur du cou. Entre autres causes, il faut encore nommer l'angine, la stomatite, le coryza et l'otite purulente, ainsi que des affections de la peau, par exemple l'eczéma. La rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la coqueluche et l'érysipèle, sont aussi citées comme circonstance étiologique ; mais ces maladies mènent rarement à la formation de dépôts de pus rétropharyngés. Dans un des cas de l'auteur, une otite purulente et dans un autre peut-être l'influenza, avait joué un rôle étiologique. Pour expliquer la physionomie de la maladie, l'auteur communique ensuite quelques cas.

Les troubles de la déglutition et de la respiration sont des symptômes fréquents comme dans ses deux cas. On peut aussi quelquefois observer une certaine raideur dans la tenue et les mouvements de la tête. Dans quelques cas, une enflure se forme au cou sous l'angle de la mâchoire. Si la maladie se développe lentement, l'organisme peut s'adapter peu à peu aux circonstances modifiées, de sorte que les troubles sont supportés sans difficulté pendant quelque temps.

Le cours de la maladie dépend du traitement. Si elle n'est pas traitée, les troubles augmentent quelquefois lentement, quelquefois très vite et mettent les petits malades dans un état plein de tourments. La maladie se complique d'un œdème de la glotte, de la septicémie et de la descente du pus dans la cavité thoracique. Si l'abcès crève spontanément, l'enfant est menacé d'être étouffé.

Les statistiques antérieures sont plus défavorables que les récentes. Selon Bokai, la mortalité monte à [illegible],7 0/0, selon Damm, à 4.8 0/0. Ainsi, l'on peut dire que le pronostic est favorable pourvu que l'affection soit bien reconnue et bien traitée. Il faut nommer le croup, la paralysie diphtérique des muscles de la déglutition l'hypertrophie des amygdales et l'œdème de la glotte, comme des affections pouvant être confondues avec l'abcès rétropharyngé. L'auteur est d'avis que le diagnostic de l'abcès rétropharyngé ne présente pas de difficulté si l'on a strictement pour règle d'explorer le pharynx dans des cas douteux, avec le doigt.

Si l'on a l'occasion de traiter les malades à une période peu avancée de l'affection (ce qui semble arriver rarement) l'emploi de fermentations avec de la glace, l'évacuation locale du sang, de la teinture d'iode extérieurement, etc., sont indiqués. Aussitôt qu'un véritable abcès s'est formé, ce qui a presque toujours eu lieu dans les cas pour lesquels on consulte les médecins, une thérapeutique sérieuse est indiquée et exige l'incision. Conformément à la méthode la plus usitée jusqu'à maintenant, l'auteur a pratiqué l'incision en dedans avec le bistouri, en se servant du doigt de l'autre main comme guide chez les tout petits enfants (de quelques mois), et à l'aide de l'œil chez les enfants un peu plus âgés (dans la deuxième année). La guérison ne commence pas toujours tout de suite après l'incision ; l'ouverture se referme, l'abcès se reforme et exige une nouvelle incision. M. Clopatt mentionne ensuite les méthodes pour ouvrir l'abcès rétropharyngé au côté extérieur du cou, proposées par Burckhardt et Bellon-Pollard ; mais, leur utilité n'ayant pas encore été établie par l'expérience, il considère qu'en attendant l'incision intérieure est à recommander aux praticiens. (*Finska Läkaresällskopets Handlingar*, Bd. XXXVIII).

CORRESPONDANCE

A propos d'un travail sur la résistance électrique du corps humain, de MM. le Pr Spehl et le Dr Sano (de Bruxelles).

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai eu connaissance par hasard et un peu tardivement de l'article publié par MM. Spehl et Sano dans la *Revue de Neurologie belge*. Il est encore temps, je pense, d'y relever quelques détails qui me concernent. Les auteurs paraissent s'être préoccupés de me réfuter bien plus que de s'informer de ce que j'ai pu écrire sur la question. La preuve en est qu'ils attribuent à Eulenburg l'assertion que la résistance est diminuée dans le goitre exophtalmique. Je rappellerai donc en deux mots dans quel sens j'ai parlé (pour la première fois il y a 18 ans) de la mesure de la résistance électrique comme moyen de diagnostic.

Il ne peut être question d'une valeur absolue de la résistance du corps humain. Tout ce qu'on peut faire, c'est d'observer les variations de cette résistance dans des conditions déterminées et de choisir pour mesure une de ses valeurs successives. Voici, par exemple, les conditions que j'ai adoptées pour la mesure de la résistance dans la *maladie de Basedow* : *Force électromotrice*, 13 volts ; *électrodes*, charbon et peau de chamois du diamètre de 3 1/2 et 4 1/2 centimètres, respectivement, imbibées *d'eau de fontaine* non chauffée ; *lieu d'application*, bord gauche du sternum au niveau du troisième espace intercostal et partie postérieure et inférieure de la région cervicale ; *durée de l'application*, 60 secondes.

Dans la *mélancolie avec stupeur*, 13 volts seraient le plus souvent insuffisants ; il faut augmenter et même doubler ce chiffre.

En outre, j'ai fait dès le principe une double réserve qu'il ne faut pas oublier : 1° dans la maladie de Basedow la résistance peut être égale ou très supérieure à la moyenne, s'il y a complication de phénomènes hystériques ; 2° dans la mélancolie, la résistance énorme, d'abord, se rapproche de la moyenne à mesure que l'état du malade s'améliore.

On me permettra de rappeler que ma manière de voir, quant à l'importance clinique de la résistance, a été adoptée par tous ceux qui se sont occupés de la question. Aujourd'hui, cependant, MM. Spehl et Sano déclarent qu'ils n'ont pu constater rien de tout ce que j'ai dit sur les variations morbides de la résistance. Ce résultat négatif s'explique de lui-même dès que l'on sait dans quelles conditions d'expérience ces auteurs se sont placés. Voici ces conditions : *Electrodes*, constituées par des vases contenant de l'eau salée *à dix pour cent* ; *lieu d'application*, toute la surface des deux mains et, à l'occasion, un peu de celle des avant-bras. (Je ferai remarquer que, d'une main à l'autre, la résistance est une des plus faibles que l'on puisse trouver) ; *force électromotrice*, suf-

fisante pour donner 5 milliampères dans le circuit total; plusieurs *alternatives voltaïques*; *durée*, deux minutes et au-delà. On voit que MM. Spehl et Sano se sont efforcés d'obtenir le minimum de résistance réalisable et d'annuler les différences individuelles. En conséquence, ils ont trouvé des résultats sensiblement uniformes chez tous les malades. Ils concluent que leur procédé n'apprend rien quant aux conditions essentielles de la résistance et qu'il n'est pas susceptible d'application clinique. C'est absolument vrai et ce n'était pas difficile à prévoir; mais ce n'est vrai que de leur procédé. Ces conclusions n'ont rien à voir avec la mesure de la résistance comme méthode générale d'exploration clinique.

Tout cela est évident et je n'en aurais pas parlé si le *procédé* de MM. Spehl et Sano ne soulevait des objections à un point de vue autre que celui de l'électro-diagnostic ou, en termes plus clairs, si nos confrères belges ne s'étaient passablement écartés, dans la circonstance, des usages qui règlent les relations scientifiques. On va en juger.

Je trouve dans l'article de la *Revue* le passage ci-après dont je souligne quelques mots. Après avoir rapporté une série de chiffres en désaccord avec les miens, les auteurs continuent ainsi :

« Un de nous a *contrôlé ces résultats* (*à la Salpêtrière en* « *juin* 1893), au moyen de notre galvanomètre différentiel, sur « *les malades mêmes* qui avaient fait l'objet des communica- « tions des auteurs que nous venons de citer (Séglas et Vigou- « roux); voici les chiffres qu'il a obtenus.,... ces chiffres ren- « trant dans les limites normales, il est évidemment impossible « de voir là un élément de diagnostic. »

Je ferai deux simples remarques : 1° jusqu'à présent *contrôler les résultats* d'un expérimentateur, a toujours signifié : reproduire exactement ses expériences et *vérifier* si elles donnent les résultats annoncés. On a pu voir que MM. Spehl et Sano n'ont nullement suivi cette marche. En fait, ils n'ont rien contrôlé. Mais grâce à cet emploi impropre du verbe contrôler, avec la mention expresse que le contrôle a porté sur les mêmes malades, le passage cité prend une apparence de révélation sensationnelle. Le lecteur, à moins d'y mettre beaucoup d'attention, doit croire que je suis pris en flagrant délit d'inexactitude matérielle.

2° Le prétendu contrôle en question *a été fait à mon insu*. Je me rappelle très bien avoir vu MM. Spehl et Sano à la Salpêtrière, il y a quelques années; mais c'est seulement en lisant leur article que j'apprends qu'ils venaient duement autorisés, je n'en doute pas, examiner dans un but de polémique, les malades que j'avais observés trois ans auparavant.

Je me borne à ces constatations.

R. VIGOUROUX,
Chef du service autonome d'Électrothérapie à la Salpêtrière.

P.-S. — Le Dr D'Arman de Venise me fait l'honneur de m'écrire, précisément, pour me signaler l'article des médecins belges. Il pense que cet article est de nature à induire en erreur un certain nombre de lecteurs et qu'il serait utile d'en montrer les inexactitudes historiques et techniques. Il a sans doute raison; mais nul n'est mieux qualifié pour faire cette réfutation que le Dr D'Arman lui-même, dont le monumental travail sur la résistance fait justement autorité.

L'Ecriture en Miroir chez les Hommes de Génie.

A propos de nos articles sur la *Parole en Miroir*, notre cher maitre. M. le Pr Ch. Richet, nous adresse la lettre suivante :

A M. le Dr Marcel Baudouin,

Mon cher ami,

Puisque vos lecteurs du *Progrès médical* s'intéressent à l'*Ecriture en Miroir* permettez-moi de leur signaler ce fait. généralement peu connu, que le grand Léonard de Vinci écrivait de cette manière. Dans le magnifique ouvrage sur le vol des oiseaux. récemment édité à Paris par Th. Sabatchnikoff, on voit une écriture absolument illisible par lecture directe, mais de lecture très facile, quand on la regarde par transparence dans une glace.

Je crois avoir lu quelque part qu'il écrivait ainsi pour que ses rivaux ne puissent pas lui piller ses découvertes. L'hypothèse me parait assez peu vraisemblable ; car. lorsqu'il s'agit de piller quelqu'un. on ne s'arrête pas devant une si petite difficulté.

En tout cas, le fait est incontestable, et prouve que l'écriture en miroir peut appartenir à des hommes de génie et de grand génie.

Croyez-moi votre bien affectionné, Charles RICHET.

BIBLIOGRAPHIE

Precis de sciences physiques, chimiques, naturelles à l'usage des candidats au certificat d'études (P. C. N.); par MM. ANGLAS, RUSSEL, TOMBECK, préparateurs à la Faculté des sciences de Paris, et G.-H. NIEWENGLOWSKI. — Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Cet ouvrage conforme aux cours professés à la Faculté des sciences de Paris se composera de quatre volumes : Tome I, *Physique*; tome II, *Chimie*; tome III, *Botanique*. 1er Fascicule, botanique générale; 3e fascicule, botanique spéciale. Tome IV, *Zoologie*. 1er Fascicule, zoologie générale ; 3e fascicule, zoologie spéciale. Le premier fascicule de Botanique (générale) a pour but de donner aux élèves un aperçu de l'anatomie et de la physiologie végétales, et en outre, leur permettra une revision rapide, toujours indispensable, au moment des examens. Dans les deux premiers chapitres, les auteurs passent en revue les caractères généraux des êtres vivants, et comparent ensuite les caractères distinctifs des animaux et des végétaux. Puis ils abordent l'étude de la *cellule végétale*, des divers *tissus*, de la *tige* et de la *racine*. Dans le chapitre IV, ils s'occupent de la *feuille*, de son anatomie et physiologie; ils nous parlent ensuite de la *fleur*, de la *fécondation* et du *fruit*. Les phénomènes de reproduction sont ensuite décrits avec beaucoup de soin successivement chez les *cryptogames vasculaires*, les *muscinées*, les *algues* et les *champignons*. Le dernier chapitre est consacré à l'étude du *parasitisme*.

Le premier fascicule de la *zoologie* (zoologie générale) est divisé en 27 chapitres; il est signé par M. Anglas. L'auteur, après quelques généralités sur le développement des animaux, aborde l'étude des *tissus*, des divers *organes* et *appareils* et de leurs *fonctions*. L'anatomie du *cœur*, ses mouvements, le mécanisme de la *circulation* du sang et la composition de ce liquide sont étudiés avec détails. M. Anglas passe successivement en revue les phénomènes de la *respiration*, de la *digestion* et s'occupe des divers organes qui concourent à l'accomplissement de ces fonctions. Dans le chapitre IX il traite des *secrétions* et des *excrétions*; il étudie ensuite l'appareil *locomoteur* et la *phonation*. Des chapitres importants sont consacrés au système nerveux, puis l'auteur à fait connaître le mécanisme des divers sens, *toucher*, *vision*, *audition*, *goût* et *odorat*. L'étude de la *reproduction* sous ses diverses formes termine cet ouvrage.

La lecture de ces deux premiers fascicules nous montre combien sera utile aux étudiants la publication du Précis entreprise par la Société d'Editions scientifiques. De nombreuses figures schématiques, presque toutes originales, facilitent la compréhension du texte en rendent la lecture attrayante.

P. YVON.

Eléments d'analyse chimique médicale appliqués aux recherches cliniques; par le Dr SONNIÉ-MORET. pharmacien des Hôpitaux de Paris. — 1 volume de 337 pages. — Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

La partie la plus importante de cet ouvrage est consacrée à l'étude de l'*urine*. Après en avoir décrit les caractères généraux, l'auteur passe successivement en revue les divers éléments organiques et minéraux qui la constituent et fait connaître les procédes de dosage les plus employés; il s'occupe ensuite des éléments pathologiques et accidentels que l'on peut rencontrer, et termine en faisant l'histoire des sédiments et calculs urinaires. M. Sonnié-Moret s'occupe ensuite du *sang* puis des *sérosités* qu'il divise en sérosités *pleurale* et *péritonéale*; liquides *kystiques* de l'*ovaire* et *sérosité* de l'*hydrocèle*, liquides *séroïdes*, *céphalo-rachidien*, etc... Le Chapitre VII est consacré à l'étude du *suc gastrique* et les deux suivants à celle de la *bile* et de la *salive*. Dans le dernier chapitre, l'auteur s'occupe de

l'étude du *lait* et de son *analyse* d'après la méthode de M. Adam qu'il critique au sujet du dosage de la caséine. Cet ouvrage est intéressant et mérite l'attention du lecteur.

P. Yvon.

Histoire naturelle *Anatomie et Physiologie végétale et animale* **à l'usage des candidats au baccalauréat de l'enseignement secondaire**; par S. Anglas, licencie ès sciences physiques et naturelles; preparateur à la Faculté des sciences de Paris. — Société d'Edition scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Ce livre est destinés aux candidats au baccalauréat de l'Enseignement secondaire classique (2e partie, 1re série) et de l'enseignement secondaire moderne (2e partie, 1re et 2e séries). Il est divisé en deux parties, 1° *Anatomie* et *Physiologie végétales*; 2° *Anatomie* et *Physiologie animales*, et est constitué par la réunion en un seul volume des deux fascicules dont nous avons parlé plus haut: nous ne pouvons donc que lui adresser les mêmes éloges.

P. Yvon.

Tremblement hystérique; par P. Delmas (de Bordeaux). — O. Doin, éditeur, 1895.

Sept observations de tremblements hystériques ont été recueillies par l'auteur. Chez six de ces malades le tremblement persistait sous forme de vibrations intérieures pendant le repos. Certains voyaient le maximum de leurs trémulations se manifester au réveil. Chez la plupart, les spasmes étaient vibratoires. Une fois ils affectaient la forme de la sclérose en plaques; dans un autre cas, ils simulaient le goitre exophtalmique; enfin, deux malades furent, dans la suite, atteints de paralysie agitante. L'écriture de la plupart des malades a l'aspect sénile. M. Delmas propose l'hydrothérapie, l'électricité, l'hypnotisme et enfin l'isolement comme moyens curatifs.

J. Noir.

VARIA

Exposition internationale de Bruxelles en 1897.

Comité III : Hygiène.

Sont nommés membres de ce Comité :

MM. Alcan (F.), libraire-éditeur. Le Dr Barbier, médecin des hôpitaux. Le Dr Marcel Baudouin, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, Membre des comités Chicago 1893, commissaire-rapporteur Chicago, 1893. Bechmann, ingénieur en chef des ponts et chaussées, chef du service de l'assainissement de la ville de Paris, Membre du jury Paris 1889 et des comités Chicago 1893. Le Dr Beurnier (Louis), chirurgien des hopitaux. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France, Membre du jury Paris 1889 et des comités Chicago 1893. Buchet, directeur de la pharmacie centrale de France. Membre des comités Chicago 1893. Coirre, négociant en produits pharmaceutiques. Collin (A.), fabricant d'instruments de chirurgie, Membre du jury Paris 1889 et des comités Chicago 1893. Durand-Claye, inspecteur général des ponts et chaussées, professeur à l'Ecole nationale des ponts et chaussées, Membre des comités Paris 1889 et Chicago 1893. Fère (Charles), directeur de la compagnie des eaux de Vichy. Galante (Henri), fabricant d'instruments de chirurgie, Membre du jury Paris 1889 et des comités Chicago 1893. Geneste (Eugène), ingénieur sanitaire. Membre des comités Paris 1889 et Chicago 1893. Girard (Charles), directeur du Laboratoire municipal de la ville de Paris. Jeramec fermier exploitant d'eaux minérales, Membre du jury Paris 1889. Mme Kergomard, inspectrice générale des Ecoles maternelles. Le Dr Martin (A.-J.), Membre du comité consultatif d'hygiène publique de France, Membre du jury Paris 1889 et des comités Chicago 1893. Mathieu (Raoul), fabricant d'instruments de chirurgie, Membre des comités Paris 1889, commissaire rapporteur Chicago 1893. May (H.), imprimeur, libraire-éditeur, ancien président de section au tribunal de commerce de la Seine, président de la chambre syndicale du matériel scolaire, Membre des comités Paris 1889 et Chicago 1893. Monod, directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène au ministère de l'intérieur, Membre du jury Paris 1889 et des comités Chicago 1893. Nocard, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de Médecine. Petit (Arthur), pharmacien-chimiste, président de l'association générale des pharmaciens de France. Le Dr Proust, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine, inspecteur général des services sanitaires, Membre du jury Paris 1889 et des comités Chicago 1893. Pucey, secrétaire général de la Société des ingénieurs et architectes sanitaires de France. Le Dr Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine Sabran, président de la commission des hospices de Lyon. Le Dr Thulié, président de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance. Wickham (Georges), chirurgien-herniaire, Membre du jury Paris 1889, et des comités Chicago 1893.

Société française de Tempérance.

Ligue nationale contre l'Alcoolisme.

L'Assemblée générale du 8 décembre 1896 a voté, sur la proposition de MM. Cheysson et Guillemet, l'ordre du jour suivant :

La Ligue nationale contre l'alcoolisme, Considérant les graves dangers que l'alcoolisme fait courir à la santé, à la moralité, à la vigueur, à l'épargne de la population française et à l'avenir du pays; considérant que ces dangers tiennent: d'une part, à la quantité de l'alcool absorbé; d'autre part, à la toxicité des bouquets et essences des liqueurs et à l'impureté des alcools, tant d'industrie que des bouilleurs de cru; considérant que, suivant le mot de Jules Simon, le taudis est le pourvoyeur du cabaret; considérant que, pour combattre un tel fléau, il faut faire appel à la double action des lois et des mœurs;

Emet les vœux : 1° Que les lois existantes sur l'ivresse et la police des débits de boisson soient sévèrement appliquées et que leurs pénalités soient aggravées en cas de récidive; 2° Que le nombre de ces débits soit diminué et le taux de leur licence relevé, 3° Que les alcools nocifs ne puissent être livrés à la consommation sans avoir été préalablement rectifiés; 4° Que les essences et bouquets toxiques soient prohibées; 5° Que le privilège des bouilleurs de cru soit supprimé; 6° Que l'alcool soit surtaxé et les boissons hygiéniques dégrevées; 7° Que l'habitation ouvrière soit assainie et améliorée; 8° Que des associations locales, agissant de concert avec la Ligue nationale, se constituent dans tout le pays pour déterminer un grand mouvement d'opinion contre l'alcoolisme.

Comité national français d'initiative et de propagande du XIe Congrès international de Médecine de Moscou.

(19-26 août 1896)

Les Compagnies des chemins de fer français (Ouest, Nord, Paris-Lyon-Méditerranée, Est, Orléans), ont accordé une réduction de 50 0/0 aux médecins français voulant assister au XIe Congrès international de Médecine, qui aura lieu à Moscou du 19 au 26 août prochain.

Pour obtenir cette réduction, il est indispensable de se faire inscrire le plus rapidement possible aux bureaux du *Comité national Français*, 14, boulevard Saint-Germain, Paris. Les bureaux sont ouverts de 9 heures du matin à 7 heures, sauf les jours fériés. *Le Secrétaire général*, Marcel Baudouin.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus Docteurs en Médecine pendant les mois de novembre et décembre 1896.

(Année scolaire 1896-1897.)

M. Gras. Etude sur les kystes hydatiques de la rate. — M. Menciere. Etude critique et expérimentale sur la gastro-entérostomie et en particulier sur la gastro-entérostomie par sphacèle. — M. Pichez. Etude historique, étiologique et pathogénique au sujet d'un cas de synencéphalie. — M. Chagnolleau. Du traitement chirurgical des suppurations de l'oreille moyenne et de l'antre mastoïdien. — M. Le Strat. Absorption cutanée au salicylate de méthyle. — M. Portes. Essai sur l'emploi des grandes injections de sérum artificiel dans le traitement de l'anémie aiguë par hémorrhagie primitive particulièrement en temps de guerre. — M. Saucot. De la cure radicale des hernies inguinales par la méthode de Bassini et ses dérivés. — M. Sauzeau de Puyberneau. De l'extirpation des glandes lacrymales. — M. Gauducheau. Sur la rigidité cadavérique. Le lavage de l'organisme par les boissons. — M. Roux. De l'urticaire pigmentaire. — M. Guyot. Variations de l'état mental et responsabilité. — M. Chartres. Contribution à l'étude de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — M. Pichon. Contribution à l'étude des délires oniriques ou délires de rêves. Délires infectieux et toxiques. — M. Caillet. De la clinique et séméiologique des acides sulfoconjugués de l'urine. — M. Le Dantec. Etude sur les armes empoisonnées et les poisons des flèches. — M. Andrieux. La fabrication du papier. Etude d'hygiène industrielle. — M. Guillon Essai sur les hypermnésies (Etude de psychologie morbide). M. Ferris. Responsabilité et justice militaire. — M. Chaze. Contribution à l'étude de l'ostéosarcome de l'os iliaque. — M. Le Nadan. Etude sur les kystes hydatiques de l'ovaire. — M. Guilhod. Troubles de l'état mental aux Antilles. — M. Regnault. La sorcellerie.

[illegible] rapports avec les sciences biologiques. — M. Prouvost. Le [illegible] prophétique. Étude historique et clinique. — M. Michel. Contribution à l'étude des kystes de l'épiglotte. — M. Chauzieux. [illegible] convulsive chez les jeunes enfants. — M. Bouet. [illegible] manifestations pathologiques dues à la présence des [illegible] chez l'homme. — M. Condère. Étude sur un nouvel [illegible] professionnel des maîtres d'armes dû à la rupture [illegible] partielle du tendon épicondylien. — M. Régnier. De l'éreu[illegible] [illegible] obsession de la rougeur émotive. — M. Guiol. Du [illegible] Le [illegible] dans la marine. — M. Mage. Contribution à l'étude de la peptogénie. — M. Fontet. Essai sur la lithiase intestinale. — M. Duc[illegible]. Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la lymphosarcomatose et de la tuberculose hypertrophique [illegible] des ganglions lymphatiques. — M. Gibert. L'argas [illegible] et son parasitisme chez l'homme. — M. Mul. Les idées de De[illegible] sur la physiologie du système nerveux. — M. Fraissinet. [illegible] d'épreuve Tanguin. M. Bourdon, strophantus. Fève de Calabar. — M. Beylot. De la levure de bière dans le diabète sucré. — M. Renault. De la région sous-glottique du larynx. Anatomie. — M. Brunet. Le suc pulmonaire (effets physiologique et thérapeutique). — M. Germain. De quelques lésions simulant la pelade. M. Feray. Séméiologie des hallucinations de la vue dans les psychoses. — M. Lowitz. Recherches sur l'appareil musculaire du gros intestin chez l'homme et quelques mammifères. — M. Camimade. Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire. Contribution à l'éducation physique de la jeunesse. Travaux de la clinique de gymnastique médicale du Dr Tissié. — M. Laffay. Recherches sur les glandes lacrymales et leur innervation. — M. Gibiat. Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta sans hémorrhagies. — M. Ardenne. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'amygdale.

Libéralités scientifiques

Le Testament de M. Nobel.

On avait annoncé que l'ingénieur suédois récemment décédé, M. Alfred Nobel, inventeur de la dynamite, avait légué toute sa fortune à l'Université de Stockholm. Il n'en est rien. En effet, le seul testament valable, écrit et signé à Paris par M. Nobel, le 27 novembre 1892, en présence de quatre de ses compatriotes, a été ouvert à Stockholm, le 30 décembre dernier et contient les dispositions suivantes :

« De tout le restant de ma fortune réalisable, il sera disposé [illegible] qu'il suit : le capital réalisé en valeurs sûres par les liquidateurs constituera un fonds dont la rente sera annuellement distribuée [illegible] à ceux qui, pendant l'année écoulée, auront rendu les plus [illegible] services à l'humanité.

La rente sera divisée en cinq parts égales qui seront attribuées : la *première*, à celui qui, dans le domaine de la *physique*, aura fait la découverte ou l'invention la plus importante ; la *seconde*, à celui qui, dans le domaine de la *chimie*, aura fait la découverte [illegible] la plus importante ; la *troisième*, à celui qui aura fait la découverte la plus importante dans le domaine de la *physiologie ou de la médecine* ; la *quatrième*, à celui qui, dans le domaine des lettres, aura produit l'œuvre la plus haute dans le [illegible] ; la *cinquième*, à celui qui aura agi le plus ou le mieux pour la fraternité des peuples, pour la suppression ou la diminution des armées permanentes et pour la constitution ou la propagation des congrès de la paix.

» Les deux premiers prix physique et chimie seront décernés par l'Académie des sciences de Suède ; celui des travaux physiques [illegible], par l'Institut Carolin de Stockholm ; le prix littéraire par l'Académie suédoise, et celui pour la propagation de la paix par une commission de cinq membres, élus par le Storthing [illegible] norvégien.

» C'est ma volonté expresse qu'on ne s'inspire, pour l'attribution de ces prix, d'aucune considération de nationalité, afin que le plus digne reçoive la récompense, qu'il soit Scandinave ou non. »

Si ces prévisions sont réalisées, chacun des prix annuels fondés par M. Nobel [illegible] à près de 300.000 francs.

Les médecins originaux.

[illegible] de squelettes ou un préventif contre les voleurs.

[illegible] Nouveau Temps, de Saint-Pétersbourg, quelques notes sur un médecin [illegible] qu'on pouvait rencontrer, il y a une quarantaine [illegible] dans les rues de Saint-Pétersbourg.

[illegible] ayant amassé au cours d'une longue carrière [illegible] avait dans la crainte [illegible] qu'on [illegible] cette préoccupation des voleurs était devenue [illegible] appétit. La [illegible] qui [illegible] Mais [illegible] avait imaginé d'appeler à son secours, contre les voleurs, toute une série de squelettes de pendus, qu'il avait pu se procurer en sa qualité de [illegible] préposé aux exécutions. Ayant lui-même [illegible] de noir tous les murs de sa maison, il avait mis dans toutes les chambres toutes sortes de reliques [illegible], destinées expressément à terrifier les voleurs et à les mettre en fuite. C'est ainsi que dans son [illegible] avait, en guise de porte-manteau, le squelette d'une femme qui avait égorgé ses enfants. Dans la chambre où l'on entrait ensuite, il avait dressé au milieu un squelette colossal, celui d'un soldat condamné pour assassinat. Dans sa salle à manger, c'était un squelette qui servait de buffet ; les cuillers, les fourchettes, les couteaux et [illegible] du [illegible] ; le [illegible] était devenu, non pas un verre, comme pour Han d'Islande, mais un sucrier, et l'on y prenait les morceaux de sucre avec de petits os d'enfant. Encore n'avait-on guère [illegible] de faire usage de ces appareils singuliers, car le médecin n'invitait personne, et lui-même avait fini par ne plus manger. Il est mort d'épouvante et peut-être un peu de faim, entouré de son or. Quelques minutes avant de rendre l'âme, on raconte qu'il s'est dressé sur son lit, et, avec de grands efforts, a soufflé une chandelle qui [illegible] sa chambre. Était-ce une dernière économie qu'il voulait faire, ou a-t-il craint une dernière fois de voir entrer des voleurs ?

Actes de la Faculté de Médecine de Paris

Lundi 18. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*. (1re *série*) : MM. Ch. Richet, Letulle, Weiss. — (2e *série*) : MM. Fournier, Retterer, Heim. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Humbert, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Widal. — 3e de Chirurgien-dentiste. Hôtel-Dieu : MM. Sébileau, Pietkiewicz, Richer.

Mardi 19. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Raymond, Gley, Chassevant. — (2e *série*) : MM. Mathias-Duval, Charrin, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Pozzi, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Panas, Berger, Nélaton. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Debove, Thoinot.

Mercredi 20. — Médecine opératoire : MM. Peyrot, Lejars, Broca. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*. (1re *série*) : MM. Ch. Richet, Ricard, Gilles de la Tourette — (2e *série*) : MM. Joffroy Gaucher, Heim — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). : MM. Tillaux, Walther, Bonnaire. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter.

Jeudi 21. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Thiéry, Hartmann. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Mathias-Duval, Roger, Chassevant. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Raymond, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 22. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Widal. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*. (2e *série*) : MM. Hayem, Weiss, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série* : MM. Tillaux, Peyrot, Delbet. — (2e *série*) : MM. Humbert, Walther, Broca. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Letulle. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque). MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Samedi 23. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant — (2e *série*) : MM. Ch. Richet, Roger, Achard. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Marie, Marfan. — (2e *série*) : MM. Debove, Joffroy, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — 3e de Chirurgien-dentiste. Charité : MM. Thiéry, Cruet, Thomas.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Jeudi 21. — M. Gardette. Du catarrhe printanier de la conjonctive. — M. Frouin. Bronchite chronique simple chez les enfants. — M. Roger. Essai sur les angines diphtériques toxiques. — M. Lautmann. L'ozène atrophiant. Clinique. Pathogénie. Sérothérapie. M. Franchet. Traitement des fractures de jambe. (Méthode d'Helferich). — M. Dreyer-Dufer. Mensuration du strabisme. — M. Menachem. Contribution à l'étude du traitement du trichiasis. — M. Pochon. Méningisme et méningites.

Vendredi 22. — M. L[illegible]. Relations entre les maladies de l'oreille et de [illegible]. — M. M[illegible]. Des injections sous-cutanées de gaïacol.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire [illegible] de l'hôpital Broca, commencera les deux cours [illegible] laboratoire, rue du Pont-de-Lodi [illegible] : 1° le 21 janvier, à [illegible] heures : technique microscopique et manipulations pratiques, avec exercices de diagnostic d'histologie pathologique [illegible] le 1er février, à 2 heures : technique bactériologique

avec manipulations et étude des principaux microbes pathogènes. Ces cours, essentiellement pratiques, sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit tous les jours, de 1 h. à 2 h., chez M. le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra).

FORMULES

I. — Mixture contre les vomissements dus au cancer de l'estomac. — (M. A. ROBIN).

Picrotoxine.	āā 0 gr. 05 centigr.
Chlorhydrate de morphine. .	
Sulfate neutre d'atropine. . .	0 — 01 —
Eau de laurier-cerise. . . .	10 grammes.

F. S. A. — Prendre, cinq à dix minutes avant chaque repas, *cinq* à *huit* gouttes de cette solution.

II. — Mixture contre le mal de mer. — (M. G.-W. BARBER).

Chloroforme pur.	āā X gouttes.
Teinture de noix vomique . .	
Teinture de lavande composée . .	4 grammes.
Eau.	35 —

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à café toutes les heures jusqu'à cessation des vomissements et des nausées. Avoir soin de bien agiter le mélange avant de s'en servir. (*Sem. méd.*).

III — Mixture de bromoforme chloroformé. — (GAY).

Bromoforme.	1.20
Chloroforme.	0.80
Rhum Q. S. pour 120 cc.	

La solution de bromoforme dans l'alcool précipite par un excès d'eau. Au contraire, le soluté devient miscible à l'eau en toutes proportions, si on l'additionne de chloroforme.

Une cuillerée à café contient :	bromoforme	0,05
	chloroforme	0,33
— à bouche —	bromoforme	0,15
	chloroforme	0,10

(*Annales de pharm. de Louvain*).

IV. — Sirop contre l'épilepsie avec excitation maniaque. (M. J. VOISIN).

Bromure de potassium	70 grammes.
Nitrate de pilocarpine	0 gr. 035 milligr.
Sirop d'écorce d'oranges amères.	400 grammes.
Eau.	600 —

F. S. A. — A prendre par cuillerées à bouche.

Chaque cuillerée à bouche de ce sirop contient environ un gramme de bromure de potassium et un demi-milligramme de nitrate de pilocarpine.

Sous l'influence de cette médication, M. J. Voisin a vu l'excitation maniaque disparaître et la diurèse devenir plus active. En outre, chez les malades ainsi traités, les troubles gastriques dus au bromure de potassium seraient moins prononcés que d'habitude, de sorte qu'on ne serait pas forcé de suspendre aussi souvent l'usage de ce médicament.

V. — Stérilisation du catgut.

La stérilisation de la corde à boyau doit sembler au premier examen, une question secondaire. Erreur profonde ! C'est avec cette corde spéciale que l'on fait les ligatures dans les opérations chirurgicales, et il importe qu'elle n'introduise pas de dangereux microbes au point précisément le plus dangereux. La stérilisation par la vapeur d'eau, qui est le procédé ordinaire, présente l'inconvénient d'altérer ce délicat produit ; l'immersion dans l'alcool ne paraît pas suffisamment rassurante. Signalons la formule brevetée par M. J. Leman, de Berlin, et relatée par le *Moniteur* du Dr Quesneville.

Une exposition de quelques minutes dans la vapeur d'alcool mélangé de phénol remplit, dit-il, le but très efficacement. On emploie un mélange de :

Alcool à 95°.	85 parties.
Eau.	10 —
Phénol.	5 —

On opère dans un bouilleur spécial relié avec un réfrigérant qui condense les vapeurs d'alcool. Les éponges et autres matériaux analogues sont stérilisés de la même façon. — Or, cela ressemble singulièrement au procédé Repin.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 déc. au samedi 2 janv. 1897, les naissances ont été au nombre de 1 022, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 389; illégitimes, 128, Total, 517. — *Sexe féminin :* légitimes, 349 ; illégitimes, 156. Total, 505.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 déc. au samedi 2 janv. 1897, les décès ont été au nombre de 970, savoir : 507 hommes et 463 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 6, F. 0, T. 6. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche ; M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 3, T. 8. — Grippe : M. 4, F. 2, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 94, F. 64, T. 158. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 9, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 8, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 31, T. 50. — Méningite simple : M. 9, F. 13, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 28, T. 54. — Paralysie, M. 6, F 10. T. 16. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 6, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 44, T. 73. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 11, T. 24. — Bronchite chronique : M. 14, F. 10, T. 24. — Broncho-pneumonie : M 22, F. 23, T. 45. — Pneumonie : M. 24, F. 18, T. 42. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 29, F. 23, T. 52. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 5, T. 15. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 0, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 9, F. 12, T. 21. — Sénilité : M. 18, F. 42, T. 60. — Suicides : M. 14, F. 3, T. 17. — Autres morts violentes : M. 10, F. 6, T. 16. — Autres causes de mort : M. 98, F. 68, T. 166. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 2, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 110, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 54, illégitimes, 14. Total : 68 — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 15. Total : 42.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'assemblée des Professeurs de la Faculté de Médecine de Paris a présenté pour la chaire de pathologie interne : en première ligne, M. HUTINEL ; en deuxième ligne, M. Déjerine ; en troisième ligne, M. Chauffard.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira, le 12 juillet 1897, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Besançon.

ECOLE DE MÉDECINE DU VAL-DE-GRACE. — Le dernier concours d'agrégation à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce s'est terminé par la nomination de M. VINCENT.

CONFÉRENCES D'INTERNAT. — MM. A. Claisse-Decloux, Herbet, Lardennois, Roques et Sainton commenceront leurs conférences d'internat le samedi 16 janvier, à 3 h. 1/2, à la Pitié, et les continueront les samedis suivants à la même heure.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'Hygiène sociale* professé à la Bourse du Travail, 3, rue du Château-d'Eau. Sujet du cours : *L'Hygiène et l'alimentation des travailleurs.* — M. le Dr A.-J. Martin fera la leçon du samedi 16 janvier 1897, à huit heures et demie du soir, à la Bourse du Travail, salle des conférences, sur le travail au point de vue de l'hygiène. La conférence pratique du dimanche 17 janvier 1897 aura lieu au Refuge Municipal de nuit et à l'Etablissement Municipal d'assistance par le travail, 71, rue du Château-des-Rentiers, à neuf heures et demie du matin. Les cours et les conférences sont publics.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Nominations.* — *Active* : Sont nommés médecins principaux de 1re classe : MM. Delmas, chef de l'hôpital militaire de Rennes; Boppe, hospice mixte de Nantes. Médecins principaux de 2e classe : MM. Rigal, chef des salles militaires de l'hospice du Mans; Moine, à l'hôpital Saint-Martin à Paris ; Forgemol, Ecole d'application du service de santé militaire à Paris, envoyé à Alger. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Godet, Boutry, Petit, Salesses, Kaufmann, Zimmermann, Reboud, Lemarchand, Olivier et Colin. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Blanc, Gilliard, Castaing, Claude, Ribierre, Julià, Verdière et Ollier de Vergèze. — M. Catrin, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'école d'application du service de santé militaire à Paris, est désigné pour le 127e régiment d'infanterie. — M. Dubrulle, médecin-major de première classe au 23e régiment d'infanterie est désigné pour l'emploi de major à l'école d'application du service de santé

militaire à Paris. — M. Mignon, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'école d'application du service de santé militaire et membre externe à la section technique du service de santé, est désigné pour le 27e régiment d'infanterie. — M. Cahier, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'école d'application du service de santé militaire à Paris, est désigné pour l'hôpital militaire de Bayonne. — M. Hassler, médecin-major de première classe, répétiteur à l'école du service de santé militaire à Lyon, est désigné pour le 71e régiment d'infanterie. — M. Laydecker, médecin-major de première classe au 71e régiment d'infanterie, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — M. Védel, médecin-major de deuxième classe des troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam, rapatrié, est désigné pour le 11e régiment d'infanterie. — M. Loup, médecin-major de deuxième classe au 4e régiment de dragons, est désigné pour le 125e régiment d'infanterie. — M. Bourbon, médecin-major de deuxième classe au 6e régiment de dragons, est désigné pour le 114e régiment d'infanterie. M. Darré, médecin-major de deuxième classe, hors cadre, au 16e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour le 147e régiment d'infanterie. — M. Pitois, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, est désigné pour le 4e régiment de dragons. M. Berthier, médecin-major de deuxième classe, répétiteur à l'école du service de santé militaire à Lyon, est désigné pour le 16e bataillon de chasseurs à pied. — M. Duhant, médecin-major de deuxième classe au 27e régiment de dragons est désigné pour le 76e régiment d infanterie. — M. Dupeyron, médecin-major de deuxième classe au 11e régiment d'infanterie, est désigné pour le 30e régiment de dragons. — M. Dumontier, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour le 74e régiment d'infanterie. M. Bonnamy, médecin-major de deuxième classe au 74e régiment d'infanterie, est désigné pour le 6e régiment de dragons. — M. Delorme, médecin-major de deuxième classe au 5e régiment de dragons, est désigné pour le 132e régiment d'infanterie. — M. Vincent, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, est désigné pour le 5e régiment de dragons. — M. Fradet, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, est désigné pour le 27e régiment de dragons. — M. Mitry, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour le 116e régiment d'infanterie. M. Renaud, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, est désigné pour le 39e régiment d'infanterie. — M. Spillmann, médecin-major de deuxième classe au 39e régiment d'infanterie, est désigné pour la direction du service de santé du 3e corps d'armée à Rouen. — M. Cuvier, médecin-major de deuxième classe au 116e régiment d'infanterie, est désigné pour le 10e régiment de même arme. — M. Deumier, médecin aide-major de première classe au 6e régiment de chasseurs d'Afrique, est désigné pour le 62e régiment d'infanterie. — M. Vieille, médecin aide-major de première classe, rapatrié du corps d'occupation de Madagascar, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — M. Gasser, médecin aide-major de première classe, aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour le laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire dé Marseille. — M. Azam, médecin aide-major de première classe au 23e régiment d'artillerie, est désigné pour le 6e régiment de chasseurs d'Afrique. M. Mariau, médecin aide-major de première classe au 29e régiment de dragons, est désigné pour le 136e régiment d'infanterie. — M. Mathieu, médecin aide-major de première classe au 18e régiment d'infanterie est désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — M. Haury, médecin aide-major de première classe au 136e régiment d'infanterie, est désigné pour le 7e régiment d'artillerie. — M. Delmas, médecin aide-major de première classe au 3e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — M. Lamoureux, médecin aide-major de 2e classe du 20e régiment de chasseurs à cheval, est désigné pour le 1er régiment de même arme. — M. Daireaux, médecin aide-major de 2e classe à l'hopital militaire de Vincennes, est désigné pour le 82e régiment d'infanterie. — M. Lévêque, médecin aide-major de deuxième classe à l'hopital militaire de Saint-Martin, à Paris, est désigné pour le 115e régiment d'infanterie — M. Pla, médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Toulouse, est désigné pour le 23e régiment d'infanterie. — M. Bamelou, médecin aide-major de deuxième classe, à l'hopital militaire de Bourges, est désigné pour le 3e bataillon de chasseurs à pied. — M. Auguin, médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Versailles, est désigné pour le 20e régiment de chasseurs à cheval. — M. Gautier, médecin aide-major de 2e classe à l'hopital militaire de Lille, est désigné pour le 5e régiment de chasseurs à cheval. — M. Bl[illegible]ard, médecin aide-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Lille, est désigné pour le 16e régiment de dragons. — M. Mélot, médecin aide-major de deuxième classe au 5e régiment de chasseurs à cheval, est désigné pour le 8e régiment de même arme.

Réserve. — Nominations au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Alleaume, Auperin, Aymé, Barbier, Boyer, Brioude, Burdet, Cathelin, Cougnenc, Darnal, Buhamel, de Fajole, Fortin, Griffault, Guérin, Guillemot, Haan, Houzé, Joguet, Jorand, Julhiet, Laborde, Lairé, Le Goff, Lestoquoy, Levillain, Louart, Maillard, Masson, Maury, Monjoin, Morin, Naussac, Perdereau, Petitpas, Piras, Privat, Proust, Prunier, Reynders, Ricapet, Robet-Roussel, Salvage, Sangline, Tamboise, Tonnel, de Vaucher, Vénot, Veuillot, Villeneuve et Wolters.

Armée territoriale. — Nominations au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Comte et Laurent, médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Baillif et Huchart, médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité.

Service de Santé de la marine. — Promotions au grade de médecin principal : MM. Barrème et Mercier. Au grade de médecin de 1re classe : MM. Coppin, Denis, Gallas et Roux-Fressineng.

Les infirmiers régimentaires. — En vue d'améliorer l'instruction professionnelle des infirmiers des troupes de la marine, le Ministre de la Marine vient de décider que l'instruction théorique et pratique, au lieu d'être donnée à douze auxiliaires en même temps, le sera en deux périodes et à six militaires seulement à chaque fois. Un caporal sera en outre désigné pour chaque période. Par suite, un second cours, du 15 mai au 15 aout, suivi d'un stage de deux mois à l'hôpital maritime, devra être fait dans les mêmes conditions que celui qui a lieu actuellement du 1er décembre au 1er mars.

Service de Santé des Colonies et pays de Protectorat. — Nominations à l'emploi de médecin stagiaire de 2e classe : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine Andrieux, Chaze, Ferris, Gauducheau, Le Dantec, Michel et Sauzeau de Puyberneau.

Subventions aux Établissements charitables de Paris. — Le Conseil municipal de Paris a approuvé la répartition d'un crédit de 60,000 francs pour encouragements et secours à un grand nombre d'œuvres, notamment à la Société protectrice de l'Enfance, la Pouponnière, etc., etc. Par 35 voix contre 25, une proposition de M. Rendu tendant à allouer 1,500 francs à la maison de santé des frères Saint-Jean de Dieu a été repoussée.

Récompenses. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné une *médaille d'or* à M. le Dr A.-J. Martin pour le zèle et le dévouement dont il a fait preuve dans l'exercice de ses fonctions d'inspecteur général du service d'assainissement et de salubrité de l'habitation de la ville de Paris. — Sur la proposition du Comité supérieur de protection des enfants en bas-âge, des *médailles de bronze* ont été décernées à MM. les Drs Allix, Berthelot, Blanche, Campion, Cristofini, Cruveillier, Déjamme, Faivre, Picard et Robin-Duvernet.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Questions orales posées : *Région antérieure du pli du coude ; Luxation du coude en arrière. — Cordon ombilical ; Délivrance à terme. — Rapports de la trachée ; Symptômes de la gangrène pulmonaire.*

Nouvel hôpital d'Enfants. — Le Conseil municipal (18 déc.) a émis un avis favorable à l'acquisition nécessaire pour la construction d'un hopital d'enfants, rue Michel-Bizot. 150,000 fr. pour un terrain de 4,875 mètres.

Hospice de Montpellier. — M. Jules-Marc Latreille, ancien notaire, conseiller municipal de Montpellier, qui vient de mourir à l'âge de quarante-six ans, lègue à chacune des douze sociétés de secours mutuels de la ville une somme de 10,000 francs et 200,000 francs aux hospices, plus trois immeubles à la ville.

L'Hopital français de Constantinople. — Nous avons rendu compte de l'inauguration du nouvel hôpital français, qui a eu lieu à Constantinople, le 12 décembre dernier. Rappelons que cet hôpital est dû à deux architectes français : M. Juste Bourmancé et M. Carré. La reconstruction de cet hopital était à l'étude depuis dix ans, quand, en 1893, M. Bourmancé, connu pour ses travaux et ses voyages en Orient, fut chargé par le ministère des affaires étrangères d'en établir définitivement les plans. Son projet, très étudié au point de vue de l'hygiène et de l'art, reçut l'approbation de l'ambassade, de la commission administrative de l'œuvre, et du ministre, M. Ribot. Les travaux devaient commencer le 1er décembre, quand, trois jours avant l'ouverture, M. Bourmancé fut emporté par le choléra. M. Carré, qui était en mission en Syrie, fut désigné pour lui succéder, et c'est lui qui mena à bonne fin l'œuvre dont la conception reste à M. Bourmancé.

INSTITUT PASTEUR. — *Un don de deux millions de francs.* — Depuis longtemps déjà, la baronne Maurice de Hirsch, la veuve du célèbre financier mort à Vienne l'an dernier, se proposait de faire un don important en souvenir de son mari. Elle avait à ce sujet, consulté son cousin, M. Bischoffsheim, qui, comme on sait, porte un vif intérêt à nos grands établissements scientifiques. Une décision vient d'être prise à l'occasion du nouvel an, et M. Bischoffsheim est allé annoncer à Mme Pasteur que la baronne Maurice de Hirsch offre une somme de deux millions de francs à l'Institut Pasteur.

ASSISTANCE CHIRURGICALE INSTANTANÉE. — *Le service d'inspection des boîtes de secours déposées dans les gares et dans les trains.* — On sait que la loi de finances de 1891 a supprimé, à partir du 1er avril 1891, les médecins inspecteurs qui surveillaient le service médical dans les compagnies de chemins de fer. Aujourd'hui, la surveillance spéciale des boites de secours est exercée par les commissaires de surveillance administrative, qui opèrent toujours assistés du médecin de la compagnie. La commission du budget s'étant préoccupée de la façon dont ces boites étaient inspectées sur le réseau de l'Etat, le Ministère des Travaux publics lui a fourni des renseignements intéressants. Dans les conditions actuelles, on peut affirmer que le contrôle des boites de secours est assuré d'une façon complètement satisfaisante et que la création de nouveaux inspecteurs exclusivement chargés de cette surveillance entraînerait une dépense sans utilité.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Par arrêté du Ministre de l'Intérieur, sont approuvés les statuts de la « Caisse des veuves et orphelins » des membres de l'Association générale des médecins de France.

ASSOCIATION DES FEMMES-MÉDECINS DE SUISSE. — Douze dames docteurs en médecine, réunies à Olten (Suisse), ont décidé la création d'une association de femmes médecins.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Un droguiste nommé B... et un capitaine du 61e d'infanterie ont été arrêtés à Privas (Ardèche) sous l'inculpation d'avortement et de tentative d'avortement. B... est en outre poursuivi pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

UNE CENTENAIRE. — Récemment est décédée une dame veuve Cres, née Montel, originaire d'Alzon (Gard), née le 5 février 1794 et morte âgée par conséquent de 102 ans. Elle laisse plusieurs enfants, dont une fille agée de 87 ans et des arrière-arrière-petits fils. Ces jours derniers encore la centenaire allait cueillir de la salade aux champs.

EMPOISONNEMENT INVOLONTAIRE PAR UN PHARMACIEN. — Le parquet de Charleroi informe en ce moment au sujet d'une affaire très grave qui se serait passée dans une commune voisine. Un pharmacien à qui on aurait porté une ordonnance médicale pour obtenir de l'ipéca, aurait remis à la place de ce médicament une dose d'opium. L'enfant, âgé de trois mois, dont les parents habitent Châtelet, aurait absorbé le dangereux poison et serait mort des suites de cette ingestion. (*Gaz. méd. Liège*).

LA PESTE AUX INDES — De Calcutta, le 6 janvier dernier, le général Cleghorn, directeur du service médical, est parti pour Bombay; il est chargé par le gouvernement des Indes de faire un rapport au sujet de la peste et de son extension.

UN MÉDECIN DANS LE MALHEUR. — M. le Dr Rodolphe Falb (de Vienne), le médecin météorologiste bien connu, dont les prédictions sur les « époques critiques » ont fait à différentes reprises tant de bruit, vient d'être cruellement éprouvé. Il est alité, frappé de paralysie aux jambes. Le malheureux malade est sans aucune ressources, marié et père de cinq enfants, dont le plus jeune a quatre ans, le plus âgé quatorze. Un comité de savants d'Allemagne ouvre des souscriptions pour venir en aide à cet homme, dont les théories sur les perturbations atmosphériques et les tremblements de terre ont été si discutées.

ACCIDENT ARRIVÉ A UN MÉDECIN.— Le 6 janvier, dans l'après-midi, un aide-major du 19e dragons, M. le Dr Schmerber, originaire de Mulhouse, a fait une terrible chute de cheval près de [illegible], il a été transporté à l'hospice de Vienne (Isère). Une blessure à la tête donne des inquiétudes pour les jours du jeune médecin.

JOURNALISTIQUE. — La *Gazette des Eaux*, dont [illegible] M. le Dr Morice, et qui est aujourd'hui à [illegible] année, entre dans une voie nouvelle et élargit son [illegible]. Tous nos compliments à notre confrère. — Un nouveau [illegible] vient de paraître : *l'Opinion médicale*; il est dû [illegible] Legendre. Nous souhaitons un vif succès à [illegible] paraîtra deux fois par mois.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr PLUCKER, professeur de [illegible] de la clinique [illegible] à l'université de Liège. Il a été enlevé d'une manière foudroyante, à l'âge de 44 ans. Tous les médecins qui l'ont connu seront douloureusement émus de la fin inopinée de cet excellent professeur et de ce savant instruit, autant que modeste, et de ce confrère toujours aimable, toujours serviable, toujours disposé à rendre service aux plus modestes. (*Gaz. méd. Liège*). — M. le Dr PUECH, médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, père de M. Paul Puech, agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Léon DEMAIGNÉE, jeune dentiste qui a été tué à Montmartre (de Paris), d'un coup de parapluie. —M. le Dr Pierre COUETTE (de Lyon); — M. le Dr FONTROUGE (d'Ouveillan). — M. le Dr LESNIÈRE (de Coutances); — M. le Dr L.-F. LEVRAT (de Lyon).

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules VOISIN commencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales, le jeudi, à 10 h. du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE.— M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses,* le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Le Rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

[illegible] IMP. COUPY [illegible], RUE DE RENNES, 71

3e SÉRIE. T. V. N° 4. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 23 JANVIER 1897

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas de canitie rapide;

Par Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

La *canitie*, la décoloration rapide et prématurée des cheveux et des poils, est très anciennement connue; Pechlin, Stahl, etc. (1), en ont cité des exemples. La canitie précoce peut être générale ou partielle. Elle est le plus souvent partielle et limitée au cuir chevelu et même à une région très restreinte. La canitie partielle pourrait se produire à propos d'une irritation périphérique plus ou moins éloignée; Hilton cite un cas où la canitie, limitée à la région temporale, s'était produite à l'occasion d'une carie dentaire au maxillaire inférieur du même côté (2); plus souvent, elle coïncide avec une névralgie ou survient à la suite d'une émotion morale. C'est en général aux émotions qu'est due la canitie générale, et ce sont surtout les émotions pénibles aiguës ou chroniques qui se trouvent en cause. Cassan a rapporté le cas d'une femme Leclère, qui fut citée devant la Chambre des Pairs pour déposer dans le procès de Louvel, et qui blanchit en une nuit sous l'influence de la préoccupation morale. Parry a cité un cipaye révolté, qui blanchit pendant l'interrogatoire qu'il subissait, et qui était nécessairement le prélude d'une condamnation à mort. Junius parle d'un seigneur espagnol qui blanchit aussi en une nuit, après avoir été surpris dans un couvent et condamné à avoir la tête tranchée. Le même accident serait arrivé à Ludovic Sforza, lorsqu'il tomba entre les mains de Louis XII, au seigneur de Saint-Vallier, père de Diane de Poitiers. Guarini, professeur de grec à Vérone, devint blanc tout à coup, en apprenant la perte en mer d'une caisse de manuscrits qu'il rapportait de Constantinople (3). Petit (4) cite un acteur dont les cheveux blanchirent après avoir couru le danger d'être noyé; Mac Gillicuddy rapporte un fait analogue (5). Thompson cite le cas d'un ouvrier d'York qui étant tombé du haut d'un bâtiment qu'il réparait réussit à se tenir d'une main à la gouttière; on eut le temps d'arriver à son secours; mais ses cheveux avaient déjà blanchi.

Les cas dans lesquels la décoloration est non pas brusque, mais très rapide, paraissent plus fréquents. Bichat en a cité plusieurs, Moleschott accepte ceux qui lui sont communiqués par Richter (6). La possibilité de la canitie brusque ou rapide a été niée au nom de la physiologie par des dermatologistes, notamment par

(1) Ch. Féré. — *La pathologie des émotions*, 1892, p. 250.
(2) J. Hilton. — *Rest and pain*, 4e ed. 1887, p. 210.
(3) G. Pouchet. — *Le coloris dans la substance vivante.* (*Revue des Deux-Mondes*, 1872, T. CLXXI, p. 75).
(4) E. Petit. — *Essais sur l'influence de quelques affections morales dans les maladies chirurgicales des armées.* Th. an XI, n° 203, p. 11.
(5) Mac Gillicuddy. — *Functional disorders of the nervous system in Women*, 1896, p. 26.
(6) J.-M. Charcot. — *A propos d'un cas de canitie survenu très rapidement* (Gaz. hebd., 1861, p. 446) et *Œuvres complètes*, t. VIII, p. 191, avec plusieurs cas relatés en note par Bourneville).

Kaposi; cependant la canitie émotionnelle, comme la canitie névralgique (1), trouve son analogie physiologique dans l'expérience de Brown-Séquard (2), et qui consiste à surveiller étroitement la canitie normale à son début; on constate facilement que des poils blanchissent dans toute leur longueur dans l'espace d'une nuit.

La canitie émotionnelle paraît favorisée par la compression; lorsqu'à la suite du choc, le sujet est resté pendant un certain temps la tête appuyée sur sa main ou sur son bras, la partie comprimée peut être la seule atteinte, ou au moins être atteinte d'une façon prédominante (3). Un fait de ce genre m'a été communiqué, il y a quelques années, par un de mes internes dont le père est médecin, et qui est relatif à son jeune frère, circonstances qui ne sont pas à dédaigner au point de vue de l'exactitude de l'observation. Le jeune O..., âgé alors de cinq ans, était en voiture avec sa mère, lorsque le cheval s'emporta; il fut très effrayé, mais ne subit aucun choc physique. Deux jours après, il eut sur tout le corps une éruption fugace sans fièvre, pour laquelle il ne s'alita pas; ce ne fut que huit jours après l'accident qu'on s'aperçut que l'enfant avait dans les cheveux du côté gauche de la tête cinq mèches blanches dont la position et la forme correspondent aux empreintes de cinq doigts; et la mère reconnut qu'elle tenait la main dans cette attitude sur la tête de son enfant au moment où elle cherchait à le protéger. La décoloration des cheveux a persisté; les taches ont même augmenté d'étendue; actuellement (dix ans plus tard) la plus grande, qui est la plus rapprochée du front et qui correspond à la position du pouce, a à peu près l'étendue d'une pièce de deux francs.

La pathogénie de cette localisation est fort obscure. Le fait suivant, qui n'est pas sans analogie avec ceux sur lesquels je viens de m'arrêter, mérite attention.

Mme B..., 32 ans, ne donne que des renseignements incomplets sur ses antécédents héréditaires; le père a eu deux attaques d'hémorrhagie cérébrale, qui l'ont laissé hémiplégique; la mère paraît bien se porter. Elle a eu quatre sœurs; l'une serait morte d'un cancer d'estomac, une autre de tuberculose méningée; les deux qui restent sont anémiques, mal réglées, et sujettes à des adénites (?).

Elle-même a toujours été délicate, n'aurait pas eu de troubles nerveux dans son enfance; mais à 10 ans a été envoyée, aux Eaux-Bonnes, pour une affection pulmonaire. Réglée à 15 ans, elle a vu pendant plusieurs mois; puis ses règles se sont supprimées. Sa santé resta cependant assez bonne jusqu'à l'âge de 18 ans. C'est alors que j'ai eu occasion de l'observer. En 1882, Charcot m'en confia la surveillance dans les circonstances suivantes. A la suite d'une constipation rebelle, qui la laissait dix ou douze jours sans selles, l'appétit s'était perdu; elle en était venue à refuser toute nourriture autant par crainte de la douleur qu'elle disait éprouver après le plus

(1) Raymond. — *Un cas de décoloration rapide de la chevelure, (en cinq heures de temps) dans le cours de violentes névralgies du cuir chevelu* (*Revue de médecine*, 1882, p. 770).
(2) Brown-Séquard. — *Expérience démontrant que les poils peuvent passer rapidement du noir au blanc chez l'homme* (*Arch. de phys. norm. et path.*, 1869, T. II, p. 442).
(3) Worms. — *De l'influence des émotions et des passions sur le cœur et par suite sur les autres organes.* Th. 1829, n° 268, p. 21. — Abbots Cantrell. — *Abnomalities in the color of the human hair* (*Med. News*, 1895, LXVII, p. 85).

léger repas, que par une sorte de répulsion morbide. L'amaigrissement étant devenu extrême, son poids oscillant autour de 30 kilogrammes; la peau était devenue sèche et écailleuse, les extrémités étaient refroidies et dans un état asphyxique, couvertes d'une sueur visqueuse. Elle se plaignait de douleurs d'ovaire du côté gauche; et il existait de ce côté de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Isolée dans une maison d'hydrothérapie, le refus des aliments persista. Elle était constamment debout et marchait à peu près sans arrêt, même dans la chambre; l'amaigrissement augmentait, la face avait pris un aspect simien: une ride profonde parallèle au pli naso-genius donnait à son visage un aspect caractéristique, les extrémités inférieures étaient devenues le siège d'un œdème prédominant le matin. Les douleurs qui suivaient l'ingestion des aliments en réduisaient chaque jour l'introduction. On dut recourir au gavage forcé avec la sonde. Ce fut un changement radical. En quelques semaines, la guérison fut assurée. Il resta cependant quelques stigmates hystériques, ovarie, hémianesthésie, et ce ne fut que six mois plus tard que les règles se rétablirent définitivement.

Elle s'est mariée à 20 ans; elle a eu quatre enfants, dont le troisième a succombé à une méningite tuberculeuse; le dernier est né en 1892. Quelques mois plus tard, en septembre, elle fit à la campagne une chute de voiture et reçut une plaie de tête assez profonde, qui a laissé du côté gauche, dans la région temporale, une cicatrice restée sensible, sur laquelle nous reviendrons.

A la suite de cette blessure et de l'effroi, elle présenta quelques accidents hystériques, crispations, pleurs, cauchemars, rêves se prolongeant à l'état de veille; et la douleur ovarienne gauche se réveilla. C'étaient les permiers troubles nerveux qui se manifestaient depuis la guérison de l'anorexie. Ses couches avaient été en tout point normales et sans aucun accompagnement névropathique. Cette recrudescence s'amenda d'ailleurs en quelques semaines et, depuis, la santé semblait redevenue parfaite.

Le 26 octobre 1896, elle était sortie ayant ses règles, se sentant mal en train et énervée. En rentrant chez elle, elle s'arrête au milieu de la rue, croyant avoir oublié une course à faire. Apercevant un omnibus qui arrivait à une distance telle qu'il n'y avait cependant rien à craindre, elle fut prise d'une terreur subite et se précipita en courant dans la loge d'une concierge où elle tomba sur une chaise en proie à une agitation extrême.

Quand elle fut remise de son émotion, elle reconnut que sa terreur tenait beaucoup plus à son état de santé qu'au danger qu'elle avait couru. Elle resta un peu abasourdie pendant la soirée, dormit bien et le lendemain se trouvait seulement plus courbaturée que d'ordinaire à sa période menstruelle. Elle fit sa toilette sans rien constater d'anormal; ce n'est que le surlendemain de l'accident, qu'elle constata l'existence d'une mèche blanche dans la chevelure du côté gauche. Les cheveux étaient totalement décolorés dans toute leur longueur. Ils n'ont subi depuis aucune modification. On n'y constatait ni fragilité spéciale, ni sècheresse: aucun changement d'aspect, sauf la décoloration. La mèche décolorée s'insère juste au-dessus de l'oreille, à peu près à la limite supérieure de l'insertion du temporal, sur une étendue de 22 millimètres dans le sens antéro-postérieur et de 18 millimètres dans le sens transversal. La peau est tout à fait normale en apparence et présente la même coloration qu'alentour. Au centre de la surface d'insertion des cheveux blanchis on voit une cicatrice en V dont les deux branches n'ont pas un centimètre de longueur. Cette cicatrice est blanche et non adhérente à l'os, légèrement saillante et assez sensible; mais cette sensibilité n'est pas autre que celle qui a toujours existé. La peau, région blanche, ne paraît pas moins sensible que celle qui est recouverte de cheveux bruns, et n'est le siège d'aucune sensation anormale. Sur tout le reste de l'étendue de la tête, les cheveux sont restés parfaitement bruns.

Ce fait n'est pas de nature à éclairer d'une façon bien précise la pathogénie de la localisation des canities partielles; cependant il accentue un peu la vraisemblance de l'influence prédisposante d'un trouble antérieur et localisé de la nutrition. on voit en effet la décoloration localisée à une région traumatisée.

Dans les mêmes circonstances que la canitie, on peut voir d'autres troubles trophiques, modifiant la coloration des poils, le vitiligo par exemple (1); mais la canitie peut s'allier à d'autres troubles. Fabre (2) cite une hystérique qui, à la suite de chagrins, se vit pousser des mèches blanches dans les cheveux qui, sur d'autres points, étaient devenus secs et cassants D'autres fois, la calvitie est secondaire; elle est précédée d'une chute rapide des cheveux qui repoussent décolorés. Ce dernier effet des émotions pénibles et violentes n'est pas spécial à l'homme. Thomson cite d'après Young (3) un merle qui avait été surpris dans sa cage par un chat et qui, lorsqu'on arriva à son secours, fut trouvé sur le dos et mouillé de sueur (?); ses plumes tombèrent et repoussèrent parfaitement blanches. Une linotte grise ayant été saisie dans sa cage par un ivrogne qui lui arracha les plumes, la bête survécut, mais ses plumes repoussèrent blanches.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Sur la résistance électrique du corps humain.

A propos d'un travail de MM. le Pr Spehl et le Dr Sano;

par le Dr **Dom. Darman** (de Venise).

Le numéro d'août et septembre 1896 de la *Revue internationale d'Electrothérapie* contient un article de MM. Spehl et Sano sur la résistance électrique du corps humain, où sont révoqués en doute les faits découverts par Vigouroux et confirmés par de nombreux expérimentateurs. Les deux auteurs refusent à la résistance électrique une importance quelconque en diagnostic ou en thérapeutique. Examinons les raisons sur lesquelles ils fondent leur négation.

Ils auraient fait 264 expériences. Si on considère que, pour arriver aux mêmes conclusions que Vigouroux, il a fallu à Gärtner, Jolly, Martius, Stintzing et Graeber, Kähler, etc., etc., des milliers de mesures, le chiffre 264 semble faible, surtout lorsqu'il doit venir à l'appui d'une conclusion négative.

Les auteurs ont employé la méthode du galvanomètre différentiel. Or, cette méthode bonne pour les résistances invariables, est des plus défectueuses quand il s'agit de résistances variables, comme est, ou au moins comme devait être supposée, la résistance du corps humain. Pour la démonstration de ce point je dois renvoyer à ce que j'ai dit dans mon travail *Sulla conducibilità elettrica del corpo umano* (Venise, 1894, page 66).

La crainte, manifestée par MM. Spehl et Sano, de compromettre l'exactitude de leurs résultats, en faisant usage d'électrodes ordinaires, n'est pas fondée. S'ils avaient varié un peu leurs expériences, en essayant parfois les électrodes usuelles, ils auraient pu constater que la polarisation des électrodes, leur plus ou moins de pression sur la peau. leur degré d'imbibition, ne peuvent influer sur les résultats, au point de marquer les différences parfois énormes d'un malade à l'autre, différences que ces auteurs auraient certainement vues, s'ils n'avaient mis tous leurs soins à les éviter. (Il est bien évident qu'en parlant ainsi je n'ai en vue que les variations dans l'application des électrodes. réellement possibles dans la pratique. Personne ne s'avisera d'appliquer une électrode tout à fait sèche dans un cas et une largement imprégnée d'eau salée dans une autre, ou bien d'appliquer dans une expérience les électrodes avec

(1) Ch. Féré. — *La pathologie des émotions*, 1892, p. 249.
(2) Aug. Fabre. — *Nouveaux fragments de clinique médicale. l'hystérie viscérale*, 1883, p. 101.
(3) E.-P. Thomson. — *The passions of animals*, 1851, p. 12.

une pression d'un gramme et dans une autre avec une de dix kilogrammes, etc.).

Les auteurs disent : *A mesure que l'eau dont est imbibée l'électrode usuelle s'évapore, la résistance au passage du courant augmente.* Comment se fait-il alors que, durant une application, même avec les électrodes ordinaires, l'intensité du courant augmente, comme chacun sait ? Cela prouve au moins que cette évaporation, dans les conditions où elle se produit, n'a pas sur la résistance une aussi grande influence que le croient les auteurs. Stintzing et Graeber (*Der elektrophysiologische Leitungswiderstand des menschlichen Kœrpers,* Leipzig, 1886), dans les conclusions de leur travail (lequel, bien que non exempt d'erreurs, méritait au moins une mention) disent ceci : « Les résultats obtenus au moyen des électrodes impolarisables se retrouvent identiquement avec les électrodes ordinaires ». Les électrodes impolarisables employées par Stintzing et Graeber consistaient en un tube d'ébonite long de 4,5 centimètres avec un diamètre intérieur de 2,5 centimètres, revêtu dans la moitié inférieure de sa surface interne d'une lame de zinc amalgamé, rempli d'une solution concentrée de sulfate de zinc et communiquant avec la pile au moyen d'un fil de cuivre. Ce tube était sans fond ; la colonne liquide était donc en contact direct avec la peau et y exerçait une pression qui ne dépendait que de sa hauteur. Ainsi étaient éliminées les deux causes d'erreur auquelles MM. Spehl et Sano attribuent une si grande importance. J'ai essayé aussi ce genre d'électrode et je suis arrivé à la même conclusion que Stintzing et Graeber. Du reste, la polarisation devrait augmenter la résistance apparente, tandis qu'en réalité, celle-ci diminue (sauf à la paume de la main et à la plante du pied). En outre, j'ai mesuré plusieurs fois la force contre-électromotrice de la polarisation et je ne l'ai pas trouvée très considérable. C'est aussi le résultat auquel était arrivé Vigouroux qui, le premier, l'a étudiée scientifiquement.

Je me permets de citer deux mesures que j'ai faites autrefois (ouvrage cité, p. 207-208) sur deux malades, l'un atteint de paraparésie sénile, l'autre de tabes dorsal. Chez tous deux les électrodes furent appliqués à la partie interne des deux cuisses. La force électromotrice fut pour le premier 11,7 volts, pour le second 16. Pour le premier les électrodes étaient ordinaires; cylindre de charbon recouvert de toile trempée dans l'eau commune tiède. Pour le second j'employai les électrodes impolarisables de Stinzing et Graeber. La surface du contact était sensiblement la même pour les deux espèces d'électrode. Suivant MM. Spehl et Sano la résistance aurait dû être beaucoup plus grande dans le premier cas. Or, les chiffres trouvés après une minute furent : 41.785 ohms pour le premier et 45.714 pour le second. Et on peut encore noter que dans le second cas la résistance aurait dû être moindre, la force électromotrice employée ayant été plus grande que dans le premier. Je pourrais citer plusieurs faits du même genre.

Les auteurs, pour éviter ce fantôme dont ils auraient reconnu l'insignifiance, s'ils avaient varié un peu leurs expériences, se sont bornés à mesurer la résistance d'une main à l'autre, en les plongeant dans l'eau salée. Ils ont donc choisi la région du corps où la résistance varie la moins et dans laquelle le minimum est le plus rapidement atteint. Par surcroît, ils ont tenu compte uniquement de la valeur finale qui, chacun le sait, ne varie que fort peu suivant les individus.

Les auteurs ont complètement oublié la courbe de la résistance sur laquelle Vigouroux a, le premier, insisté avec tant de raison. Le fait est qu'avec la méthode qu'ils avaient adoptée, il leur eut été bien difficile de la remarquer, même s'ils s'étaient abstenus de faire de fréquentes inversions. Après cela, si les inversions ne furent pas très rapides, si la durée du courant fut très courte, relativement à celle de l'interruption, si le galvanomètre était peu sensible ou l'aiguille paresseuse (et les auteurs sont muets sur toutes ces très importantes conditions), il a pu leur échapper des différences de résistance relativement énormes.

MM. Spehl et Sano ont traité le corps humain comme une bobine ou mieux encore comme une statue de bronze; on dirait qu'ils se sont efforcés de ne pas voir ce que tout le monde a vu. Ils se sont écartés autant que possible des conditions ordinaires de la pratique. Quelles sont les opérations d'électrothérapie ou d'électro-diagnostic où les deux mains sont placées dans une solution de sel marin? Or, la résistance qui intéresse le médecin est celle qu'il doit trouver dans les conditions où il traite ou explore son malade.

Il arrive quelquefois aux auteurs de donner dans le résultat de leurs propres expériences la réponse à leurs objections. Ils ont constaté, par exemple, que « lorsque la main est plongée dans le liquide jusqu'au poignet, la résistance varie peu, si la ligne d'immersion se trouve deux ou trois centimètres plus haut ou plus bas. » S'il en est ainsi, pourquoi attacher tant d'importance au contact plus ou moins intime des électrodes ordinaires avec la peau?

Toujours à propos des électrodes ordinaires, les auteurs disent : « Nous pouvons affirmer qu'il n'est pas possible de faire deux expériences de suite, dans lesquelles les surfaces en contact soient exactement les mêmes. » Je ne comprends pas comment ils ont pu ne pas voir que la même affirmation s'applique, *a fortiori,* à leur bain d'eau salée, où les deux mains plongent inégalement et la même main tantôt plus, tantôt moins. De sorte que, suivant les auteurs, un peu plus ou un peu moins de l'étendue du contact avec l'électrode, a la plus grande importance dans les régions de la peau qu'ils n'ont jamais examinées, mais n'en a aucune pour les mains, lesquelles sont immergées à deux ou trois centimètres de plus ou de moins sans que la résistance varie sensiblement.

Dans un certain nombre d'expériences (V. mon ouvrage cité), je me suis attaché à faire varier la pression de l'électrode sur la peau et dans des limites beaucoup plus larges que celles de la variation qui résulterait, par exemple, d'un manque d'attention à bien tenir l'électrode. Naturellement, la pression plus grande diminuait la résistance, la pression moindre l'augmentait. Mais les différences étaient, sans comparaison, plus faibles que celles qui, à parité de pression et d'humectation, pouvaient être notées entre un malade et un autre. Que l'on augmente tant que l'on voudra la pression de l'électrode, son imbibition, la concentration du liquide qui l'humecte, jamais l'on n'obtiendra chez un mélancolique ou un hystérique, la basse résistance d'une maladie de Basedow. C'est là le fait fondamental que Vigouroux a découvert et qui désormais, est au nombre des vérités faciles à vérifier.

Les auteurs écrivent : « Au commencement, l'aiguille du galvanomètre dévie avec rapidité à chaque renversement du courant. Nous augmentons ou nous diminuons la résistance suivant les besoins et jusqu'à ce que l'aiguille reste immobile au O ou n'exécute plus que des oscillations très restreintes et très lentes. L'expérience n'a duré que deux minutes. » Ici se place une question : pendant que l'aiguille oscillait et pendant toute la durée de l'expérience jusqu'à la lecture finale, comment se comportait la résistance?

Les auteurs ont trouvé pour les hommes une résistance moyenne de 1445 et pour les femmes une de 1465. Sur cette différence de 20 ohms, c'est-à-dire de 1,3 0/0, ils fondent leur conclusion que la résistance est plus grande chez la femme que chez l'homme; ils expliquent le fait par la différence de l'alimentation. D'autre part, ils ont trouvé dans la maladie de Basedow, une moyenne de 1400, une de 1500 dans l hystérie et enfin une de 1600 dans la mélancolie. Il y a donc de l'une à l'autre une différence de plus de 6 0/0 et de la première à la troisième une différence de plus de 13 0/0 et les auteurs n'ont pas reconnu que la résistance dans le goitre exophtalmique est moindre que dans l'hystérie et beaucoup moindre que dans la mélancolie!

Les auteurs ont trouvé que l'ingestion de 4 grammes de chlorure de sodium en sus de la quantité habituelle diminuait la résistance de l'un deux. Donc, concluent-ils, un

simulateur en s [illegible] un peu de sel, quelques heures avant son exploration électrique, pourra donner a croire qu'il est atteint de mélancolie ou de goitre exophtalmique.

Je ne conteste pas la réalité du fait. Rien [illegible] confirmation mais [illegible] différentes et je dirai : [illegible] du sang influe sur la résistance. Celle-ci ne dépend donc pas seulement des électrodes. Il y a quelque chose dans le chimisme des tissus et du sang qui peut la faire varier. Et qui vous dit que les conditions de nutrition ou, si vous préférez, de circulation, soient les mêmes chez un basedowien, un mélancolique, un hystérique ? Nous arrivons ainsi à l'opinion de Vigouroux qui place dans la tonicité vasculaire, la condition dominante de la résistance. [illegible] pas vaso-dilatateur ?

En somme, si l'on considère la méthode de mesure employée et le petit nombre des expériences, on peut douter que les résultats obtenus par MM. Spehl et Sano soient définitifs. Mais, même en les prenant pour tels, on ne voit pas qu'ils infirment la découverte de Vigouroux. Tout au plus, en admettant (et la réserve est nécessaire) que les expériences de ces auteurs soient irréprochables, pourrait-on dire que, *dans les conditions où ils se sont placés*, la résistance minima est en général la même d'un individu à l'autre.

Mais cela même n'est pas exact d'après mes propres expériences. Je laisse de côté les anciennes expériences rapportées dans mon livre ; je demande seulement la permission d'en citer quatre, faites après la lecture du mémoire des auteurs.

J'ai donc mesuré la résistance de quatre de mes malades, d'une main à l'autre, en les plaçant toutes les deux dans une solution à 10 0/0 de chlorure de sodium. La température de l'eau était 20° : celle de l'air, [illegible]. La méthode de mesure fut celle de Vigouroux (division de la force électromotrice par l'intensité), qui me semble la meilleure pour ce genre d'observations. La force électromotrice mesurée aux électrodes fut toujours 2,7 volts. Voici les résultats :

1. D. A. 39 ans, dépres. mélancolique	Intens. ap. 1/2 mm	1,2 milliamp.	R = 2250 ohms.
	— 2 —	1,4 —	[illegible] —
2. A P. 33. Neurast. forme cérébrale.	— 1/2 —	2 —	R = 1350 —
	— 2 —	2,1 —	1285 —
3. O. P. 65. Névralgie brachiale.	— 1/2 —	1,2 —	R = 2250 —
	— 2 —	1,4 —	1928 —
4. M. P. 37. M. de Basedow	— 1/2 —	3 —	R = 900 —
	— 2 —	3,2 —	843 —

Ainsi, dans les quatre premiers et seuls cas où j'emploie le système d'électrodes des auteurs belges, les chiffres obtenus accusent, de la façon la plus nette, les différences annoncées par Vigouroux.

En résumé, on ne voit pas quel intérêt pouvaient attacher MM. Spehl et Sano à trouver une méthode clinique de mesure de la résistance où n'interviendraient pas les différences individuelles ; mais quoi qu'il en soit, ces derniers chiffres suffisent à montrer qu'ils n'ont pas atteint leur but.

ASSAINISSEMENT DE PARIS. — [illegible] ment de Paris pour 1897 [illegible] et, sur la proposition de M. [illegible] suivante : Pour la désinfection des loges de concierges, chambres de domestiques ou chambres d'[illegible] lorsque ces loges font partie d'un[illegible] et lorsque les dites chambres dépendent d[illegible] lière de [illegible] de 800 francs il ne sera [illegible] de 5 francs par opération, qui comprendra [illegible] domicile et le passage à l'étuve des [illegible] corde l'exonération complète [illegible] désinfection [illegible] demandée dans [illegible] bli[illegible] à l'Etat [illegible] Ville, ainsi qu'aux établissements [illegible] gratuite.

ASSOCIATION [illegible] a Montreal. Il a été décidé qu'un des trois grands discours inscrits au programme sera prononcé en français.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Deux nouveaux astringents : Tannigen et Tannalbine.

Des laboratoires de l'Allemagne viennent de naître chez nous deux médicaments nouveaux : le *Tannigen* et la *Tannalbine*. La valeur thérapeutique de l'un et de l'autre n'a pas encore été suffisamment éprouvée. Mais ces deux agents ont déjà provoqué des publications intéressantes, et soulignent par leur seule apparition, cet esprit d'initiative scientifique et de persévérantes recherches qui caractérise nos voisins et les a déjà conduit si loin dans la chimie physiologique.

1° Le *Tannigen* (1) a été présenté pour la première fois par le Pr Meyer (de Marbourg) (2). C'est une poudre gris-[illegible], inodore et insipide, à peine hygroscopique, peu soluble dans l'eau froide et les acides faibles, mais soluble dans l'alcool froid, les alcalins et les solutions légères de phosphates et de carbonates. C'est pour cette raison que le lait, assez riche en ces derniers sels, dissout un peu de Tannigen.

Propriétés chimiques. — Le Tannigen est la combinaison diacétique du tannin avec le formol. La formule est : $C^{14}H^{8}(CH^{3}CO)^{2}O^{9}$. Dans le noyau benzolique du tannin $C^{14}H^{10}O^{9}$, le radical acétique $CH^{3}CO$ a pris la place de deux atomes d'eau. La solution de Tannigen est jaunâtre, avec une saveur faiblement astringente, qui disparaît presque par l'addition de lait. Les sels ferreux (sesquichlorure de fer) donnent avec la solution, la couleur bleu-noirâtre caractéristique du tannin. Ce dernier corps devient libre, par contact avec les alcalis, et révèle alors les caractères chimiques et pharmacologiques qui lui sont propres.

Mode d'action. — C'est à sa composition que le Tannigen doit son utilité pratique (3). Dans la synthèse du médicament, Meyer fut guidé par l'idée d'appliquer au traitement du catarrhe intestinal la remarquable action locale du tannin sur les muqueuses. Mais ce dernier produit est d'un goût désagréable, avec une action initiale dans la bouche et l'estomac, de sorte que la résorption s'effectue dans la partie supérieure du tube digestif, alors qu'il s'agit d'atteindre l'intestin. Les lavements au tannin présentent après un long usage, de grands inconvénients. Au contraire, le tannigen agit en se dédoublant dans l'intestin, à l'état insoluble, comme le salol. Il passe par la bouche et l'estomac et produit une action élective directe sur ces endroits de l'intestin, où l'on constate, le plus souvent pour cause morbide, une sécrétion exagérée. L'action du Tannigen est astringente et bactéricide.

Usages thérapeutiques. — Cette double action a été utilisée par Escherich dans la *diarrhée des enfants*, où l'auteur n'a jamais obtenu de prompts résultats avec les médicaments usuels (tannin chinique, eau de chaux, ratanhia, bismuth sous toutes formes, etc.). Dès le deuxième jour du traitement, il y a moins de mucus et d'eau dans les matières, et il convient bientôt de suspendre l'emploi du médicament pour éviter une constipation consécutive. Ces mêmes avantages ont été vérifiés par Biedert (4), qui, avec le repos de l'intestin et la diminution des selles, a obtenu l'augmentation de poids du corps. De plus, il faut noter la couleur rouge-brun que prennent les matières et leur

(1) [illegible] *Therap. Woch.* [illegible] 1896.
(2) *Deuts. med. Woch.*, 1894.
(3) [illegible] *Die Verwendung des Tannigen bei Diarrhœn der Kinder.* (*Therap. Woch.*, n° 10, 1896).
(4) *Zur Anwendung des Tannigen bei chronischer Diarrhœn von Erwachsenen und Kindern.* *Ther. Woch.*, 1896, n° 12.

coloration rose avec la solution de Lugol (1), coloration qu'il ne faut pas confondre avec celle identique que prennent certaines substances amidonnées, à moitié digérées (dextrinisées). Biedert, Drews, Hewitt (2) ont employé le Tannigen dans les *catarrhes* aigus et chroniques des *adultes*, la *diarrhée toxique*, le *typhus*, la *tuberculose intestinale*, et pour l'usage externe (catarrhes aigus et chroniques du *pharynx*, du *larynx*, du *nez* ; voir même comme sternutatoire dans le *coryza aigu* ou *chronique*, et pour insufflation dans certains cas d'*otite moyenne purulente*.

Posologie et mode d'emploi. — Escherich (3) conseille, dans le catarrhe intestinal des enfants, d'administrer le Tannigen longtemps encore après amélioration et à doses assez élevées, soit 0,25 centigr. 4 à 6 fois par jour jusqu'à l'âge d'un an 1/2, et 0,50 centigr. chez les enfants plus agés. Biedert (4) emploie des doses plus petites et chez les adultes : 1 gramme 3 fois par jour, puis 5 grammes, pour redescendre ensuite à 3 grammes et moins. La poudre est administrée, soit aux repas, mêlée à la nourriture (Escherich), soit une 1/2 heure et 1 heure après le déjeuner (Biedert), parce qu'alors la formation d'acide chlorhydrique chez les adultes et d'acide lactique chez les enfants permet de compter sur l'insolubilité durable du Tannigen dans un milieu acide.

Pour l'usage externe, en particulier dans les catarrhes chroniques de la gorge et du larynx, Hewitt emploie les badigeonnages avec une solution à 3 0/0 de Tannigen dans une solution à 5 0/0 de phosphate de soude.

2° La *Tannalbine* (5) est aussi un composé de tannin, insoluble, comme le Tannigen dans le milieu gastrique, pour se dissoudre peu à peu et agir ainsi sur toute la surface du tube intestinal. C'est un albuminate de tannin, ayant acquis par le maintien à une température de 100-120° pendant 5-6 heures, la propriété de résister au suc gastrique artificiel le plus puissant, tout en demeurant accessible à la digestion pancréatique. Il s'agit d'une poudre jaunâtre, complètement insipide, et contenant 50 0/0 de tannin.

Usages thérapeutiques. — Engel (6) et Vierordt (7) ont employé ce nouveau remède dans le *catarrhe intestinal*, subaigu ou chronique, simple ou secondaire, dans la *diarrhée tuberculeuse*, les *néphrites*, l'*entérite ulcéreuse*, le *typhus*. L'action s'est montrée particulièrement favorable dans le *catarrhe intestinal chronique simple*, où des echecs de deux à sept semaines furent arrêtés en un ou deux jours par une forte dose de 2 à 4 grammes. De même, les affections intestinales du bas-âge sont souvent guéries par de faibles doses de Tannalbine.

Modes d'action. — Albuminate insoluble dans l'estomac et soluble dans le suc intestinal alcalin, où a lieu l'action constipante. Les matières augmentent rapidement en consistance et perdent très vite leur mucus, en particulier dans le catarrhe du gros intestin. La Tannalbine agit remarquablement et avec uniformité sur le gros intestin, sans effets secondaires fâcheux. Bien plus, le tannate alcalin qui se forme dans l'intestin, est encore susceptible, après résorption, d'agir favorablement sur d'autres organes. C'est du moins ce qu'il est peut-être permis d'admettre, à la suite des bons résultats obtenus dans quelques cas de néphrites (1).

Posologie, mode d'emploi. — Chez les enfants d'un an, on donne 50 centigr. et 1 gramme par jour. Chez les adultes, 50 centigr. à 1 gramme, quatre fois par jour ; et si les résultats sont trop lents, 2 grammes par dose et 10 gr. par jour, pour redescendre aussitôt l'effet obtenu. Le mode d'administration importe peu, attendu que le remède est sans saveur et sans action sur l'estomac ; le mieux est de prendre la Tannalbine au déjeuner, dans une cuillerée d'eau, de lait ou de soupe. Paul CORNET.

(1) Solution iodée. La couleur rose diffuse est constatée au microscope.
(2) *Ther. Woch.*, mai 1896.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Loc. cit.*
(5) Gottlieb (Heidelberg). — *Uber ein neues Tanninpräparat zur Adstringirung des Darmes* (*Deut. med. Woch.*, 12 mars 1896).
(6) Engel (Brun). — *Therapeutische Erfahrungen uber die Anwendung des Tannalbin als Darmadstringens* (*Deut. med. Woch.*, mars 1896)
(7) Vierordt. — *Ueber den klinischen Werth des Tannalbin. Deut. med. Woch.*, juin 1896).

(1) Vierordt. — *Loc. cit.*

Participation des professeurs de Facultés de Médecine à l'enseignement populaire.

Sous ce titre : Conférences populaires, le *Nord Médical* du 1er janvier publie la note ci-après :

La Municipalité socialiste de la ville de Lille vient de décider la création de conférences publiques, devant être faites par les professeurs de la Faculté de l'Etat, sur les matières suivantes :

1° Une question de l'hygiène du premier âge ;
2° L'alcoolisme dans le Nord ;
3° Etude chimique de l'alimentation ;
4° Physiologie alimentaire ;
5° Bactériologie ;
6° La lutte contre la tuberculose ;
7° Une question de l'histoire de la médecine.

Ces conférences devront avoir un caractère absolument populaire et rapporteront chacune à leur auteur la somme de 300 fr.

L'organisation de ces conférences populaires nous paraît être une très bonne mesure. Il serait vivement à désirer que l'exemple de Lille fût suivi par les grandes villes qui possèdent des Facultés ou des Ecoles préparatoires de médecine. Le choix des sujets est excellent et certainement les conférenciers, d'une compétence indiscutable, pourront dissiper bien des préjugés, inculquer à leur place de saines notions scientifiques, contribuer à la diminution des causes de dégénérescence de la race, préparer les esprits à accepter les lois futures sur l'hygiène dont l'utilité sociale, indiscutable à nos yeux, fait encore doute chez beaucoup de nos concitoyens. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 Janvier 1897. — PRÉSIDENCE DE M. GLEY.

M. HALLION. — *Le sérum du sang d'anguille contient une substance agissant sur la coagulation du sang.*

M. MOUSSU étudie les *fonctions de la glande thyroïde et de ses glandes accessoires.* Il est d'avis qu'il faut établir une différence considérable entre les fonctions physiologiques de la glande thyroïdienne et des glandules parathyroïdiennes.

M. NETTER présente une note de M. Robin sur une *réaction colorante du bacille d'Eberth.*

M. BORDAS a examiné les *microorganismes du tube intestinal des huîtres*, pour rechercher si les affections dont ces Mollusques sont responsables doivent être attribuées à des microbes. Il a trouvé un bacille long, donnant la réaction de l'indol, et ressemblant par beaucoup de points au *Bacterium coli.*

M. GRIMBERT demande si les caractères différentiels per-

mettent de le distinguer de la classe des *coli* ou de l'en rapprocher.

M. Bordas ne peut répondre nettement à ce sujet.

M. Giard rappelle que différents auteurs anglais ont signalé récemment une espèce de coli-bacille pouvant vivre dans l'eau.

M. Trouessart demande si les résultats ont été les mêmes sur les différentes espèces d'huîtres.

M. Bordas répond qu'il n'a constaté que des différences insignifiantes.

M. Sabrazès. — *Méthode de coloration par la thionine et l'acide picrique.* — La thionine, en solution aqueuse concentrée, quelle que soit la fixation préalable de la pièce, donne, lorsqu'on associe son action à celle de l'alcool picriqué, des résultats de beaucoup supérieurs à ceux que fournit ce même colorant, lorsqu'on s'en sert isolément ou dans les conditions ordinaires. La chromatine se présente, après l'action de l'acide picrique, sous la forme d'un filament ou de grains d'un noir intense, dont il est facile d'étudier toutes les modalités. Les autres parties de la cellule sont diversement nuancées et se prêtent aux observations cytologiques les plus minutieuses. Ce procédé de coloration simple et rapide, appliquée à l'étude du système nerveux normal et pathologique fixé par les bichromates permet d'étudier les cellules névrogliques et les prolongements en réseau qui en émanent.

M. Dastre présente à la Société un travail de M. Doyon sur le *tonus musculaire excités par la pilocarpine.*

M. Bonnier dépose une note *sur les conditions de l'acoustique.*

M. Marchal décrit l'*évolution du système nerveux chez les larves d'insectes.*

MM. Pilliet et Veau. — *Sur une capsule surrénale accessoire du ligament large.*

M. Jaquet, avec M. Butte, a étudié le *mécanisme de l'hyperhémie vasculaire dans les éruptions cutanées* et a conclu, après expériences sur le lapin, que les irritations locales, les contacts irritants entrent pour une part considérable dans la production des dermatoses.

La Société se forme en comité secret. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 janvier. — Présidence de M. Hervieux.

La chirurgie tend à prendre à l'Académie une place de plus en plus grande et la séance ne comprend pas moins de six communications chirurgicales des plus importantes.

Gastro-hystérectomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin.

M. Pinard rapporte en son nom et au nom de M. Segond cette observation où la guérison fut complète en trois semaines. Chez cette malade, le côté droit du petit bassin n'existait pour ainsi dire pas. L'enfant heureusement vivant pesait 3 kilos 600.

Névromes généralisés. Résection d'une grande partie du nerf médian et du nerf cubital. Rétrécissement des fonctions motrice et sensitive. Polyorchidie.

M. Péan expose en détail ce fait curieux à double titre : 1° par la présence de deux testicules sains indépendants dans le côté droit du scrotum, le deuxième testicule ayant été à l'examen clinique considéré comme un névrome ; 2° par le rétablissement rapide des fonctions motrices et sensitives, malgré l'extirpation de 25 à 30 centimètres du nerf médian et du nerf cubital. S'agit-il d'une restauration par bourgeonnement des portions extirpées ? Cela est peu probable, si l'on songe à l'étendue de la partie excisée de ces troncs nerveux. Y a-t-il rétablissement des fonctions par une circulation nerveuse anastomotique dont l'existence resterait à prouver ? C'est ce qu'il est impossible de décider. Le malade est au dixième mois de l'opération ; il n'a pas de récidive. Chose intéressante, tous les névromes qui subsistaient après la dernière intervention sanglante à l'avant-bras et à la région sous-claviculaire, se sont atrophiés et ont disparu.

Polysalpinx.

M. Péan présente, en outre, le dessin d'un énorme utérus fibromateux qu'il a enlevé en 1894, par l'hystérectomie abdominale et qui portait à droite deux trompes bien conformées et parfaitement distinctes. Il n'y avait que deux ovaires. Bien que le polysalpinx soit moins rare que la polyorchidie, ce rapprochement n'en est pas moins intéressant.

Ovariotomie double chez une femme enceinte de trois mois. Continuation de la grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

M. Périer rapporte ce fait assez rare d'ovariotomie double pratiquée, chez une femme enceinte, par M. Mouchet (de Sens). L'opération fut parfaitement tolérée.

Du traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires.

M. Chipault rappelle son procédé des ligatures apophysaires déjà exposé par lui au Congrès de Chirurgie de 1896. Il montre que ce procédé ne s'applique pas seulement aux petites, mais encore aux grandes gibbosités, à condition qu'elles soient réductibles.

Traitement de certaines névralgies rebelles par la résection intra-durale des racines postérieures.

M. Chipault présente une malade opérée, il y a trente mois, pour une névralgie atroce d'origine radiculaire, exclusivement localisée sur le territoire de la huitième racine postérieure cervicale droite. Des interventions multiples avaient été faites sur le nerf cubital sans résultat. La résection intrarachidienne de la huitième racine amena dès le réveil chloroformique la cessation de toute douleur. Depuis, la guérison s'est maintenue. Ce fait excite un vif intérêt.

Les similirages chez le chien.

M. P. Mégnin signale diverses affections nerveuses consanguines, épileptiformes, hystériformes, simulant la rage chez le chien. M. Weber, de son côté, insiste sur le rôle de la constipation des corps étrangers intestinaux dans ces crises pseudorabiques. La présence de ces corps étrangers, à l'autopsie, était à tort regardée comme un signe de rage ; les statistiques sont donc tout à fait inexactes.

Election d'un membre titulaire dans la section de Chirurgie.

M. Delorme (Val-de-Grâce) est élu par 70 suffrages, contre 2 à M. Richelot, 2 à M. Kirmisson.

L'Académie se réunit ensuite en Comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. François Franck sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. Voici l'ordre de classement : 1re ligne, M. Farabeuf ; 2e ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Hénocque, Poirier, Rémy, Retterer et Reynier. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1897. — Présidence de M. Ch. Monod.

Discussion sur le traitement chirurgical du cancer du foie.

M. Routier — Le diagnostic du cancer du foie peut parfois présenter les plus grandes difficultés. Dans un cas, je rencontrai du pus et, par la laparotomie à l'ouverture, l'on se trouva en présence d'un ramollissement cancéreux. Il fut nécessaire de se contenter d'un tamponnement de la cavité ramollie. La malade résista à l'opération, mais succomba ultérieurement.

M. Quénu. — Devant de tels faits, l'intervention devient impuissante.

M. RICARD. — On a récemment parlé de l'extirpation du cancer du foie, puis des procédés de ligatures du foie. Je ne puis m'inscrire contre l'utilité de ces ligatures, ne les ayant pas expérimentées. Mais je me suis trouvé en présence d'un cas où l'abondance de l'hémorragie rendait illusoire l'usage de toute ligature.

Tumeur cérébrale.

M. BROCA fait un rapport sur une observation envoyée par M. BARETTE, où des symptômes oculaires seuls avaient révélé l'existence d'une tumeur volumineuse qui comprimait le plancher du quatrième ventricule. Trépanation large ; pas d'extirpation totale. Mort. A l'autopsie, l'on reconnaît la grande étendue de la tumeur.

Tuberculose du rein.

M. TUFFIER. — On ne peut avoir la prétention de guérir la tuberculose rénale ; mais certains symptômes peuvent légitimer l'intervention. Ce sont l'hématurie, la douleur et la fonction suppurée. Deux fois il est intervenu pour des accidents hématuriques par une néphrectomie et une néphrotomie. La forme douloureuse se caractérise par des douleurs analogues à des coliques néphrétiques subintrantes : il a fait la néphrectomie, qui dans ces cas fut suivie d'un engraissement véritablement pathologique. Chez une seconde malade, les phénomènes douloureux présentaient une intensité extraordinaire. La néphrectomie montra une série d'abcès froids dans le rein malade. Les calculs secondaires à la pyélonéphrite tuberculeuse peuvent provoquer de même des accidents douloureux et entraîner la nécessité d'opérer. La suppuration tuberculeuse est l'origine même de la plupart des interventions sur le rein.

Rétrécissement de l'urèthre suite de fracture du bassin.

M. BAZY raconte l'histoire d'un homme de 75 ans, ayant eu une fracture du bassin quarante années auparavant. Tout à coup, rétention d'urine ; pas de lésion de la prostate. Une bougie fine passe, mais pas une sonde à bout coupé. Il n'y avait pas de déviation, mais bien un rétrécissement. A la lame de Maisonneuve, section d'un véritable tissu de cicatrice. Suites absolument simples. Le malade se comporta comme un rétreci. Les antécédents et l'examen physique démontrent l'existence d'un rétrécissement traumatique de la portion membraneuse datant de quarante ans. Legueu a signalé un fait analogue, mais sans y avoir insisté.

M. ROUTIER a vu un cas de ce genre.

M. BAZY présente des pièces de *gangrène du poumon avec résection des lambeaux sphacélés.*

M. MICHAUX montre des pièces *d'hypertrophie mammaire énorme.* Ablation et guérison.

M. PICQUÉ présente un malade atteint d'*ulcère éléphantiasique de l'avant-bras syphilitique pris pour un ostéo-sarcome.*

M. B.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

—

I. — Méningisme dans le cours d'une fièvre typhoïde à marche anormale; par le Pr GRASSET. 1895. — *Nouveau Montpellier médical*, 1895.

I. — M. le Pr Grasset publie sur ce sujet une observation très intéressante concernant un homme de 30 ans. Dès l'entrée du malade l'état psychique domine le tableau clinique. L'ensemble symptomatique fait successivement penser à la grippe, au paludisme, puis, par suite de l'état cérébral grave et persistant, à une méningite. L'autopsie démontre qu'il n'y avait pas de méningite, malgré le syndrome méningo-cortical observé pendant la vie ; l'examen du tube intestinal fit découvrir les lésions typiques d'une dothiénentérie latente, arrivée au deuxième septénaire. Cette observation vient confirmer tout à fait les idées de Dupré. Elle isole du syndrome clinique « méningisme » la lésion anatomique « méningite ». Elle montre en outre que, si dans un grand nombre de cas, ce méningisme relève de l'hystérie, il peut aussi dépendre d'une infection telle la fièvre typhoïde.

II. — Un cas de méningisme chronique simulant la méningite tuberculeuse chez un adulte, par GALAVIEILHE et [illegible]. — *Nouveau Montpellier médical*, 1895.

II. — Ce second cas appartient aussi à la clinique du Pr Grasset. Mais ici il ne s'agit pas de méningisme aigu, mais bien de méningisme chronique. Agé de 24 ans, le malade a présenté toute la triade symptomatique de la méningite : céphalalgie ardente, vomissements opiniâtres et répétés, constipation. Ces accidents arrivent par crises ; l'intelligence disparaît peu à peu et le malade s'éteint, après 13 jours de maladie, avec des phénomènes dysentériformes. L'autopsie montre que les méninges et le cerveau étaient absolument normaux. Cette observation est celle qui présente l'évolution chronique la plus longue. A côté du méningisme aigu, elle établit l'existence du méningisme chronique pouvant simuler, à s'y meprendre, la méningite tuberculeuse.

III. — Béribéri; par le Pr FILIPPO RHO. — *Annali di Med. Navale*, Anno I, f. III, 1895.

III. — Si le béribéri est surtout une affection des pays tropicaux, il n'en reste pas moins, et l'auteur a soin de le faire remarquer, que cliniquement cette affection ressemble beaucoup aux polynévrites infectieuses primitives observées dans nos climats.

L'importance de l'alimentation azotée dans l'étiologie de la maladie est mise en lumière par les relevés de Takaki concernant la marine japonaise. De 1878 à 1884, sur un état de 4,500 à 5,000 hommes, on observe de 1,100 à 1,900 cas de béribéri. En 1885, on change l'alimentation. Cette même année sur 6,918 hommes, on ne rencontre plus que 41 cas de béribéri, et en 1891 sur 12,223 hommes, seulement 1 cas de béribéri. L'alimentation agit surtout en mettant l'organisme en état de résistance contre le germe morbide. M. F. Rho n'hésite pas à considérer la maladie comme spécifique et produite par un agent infectieux. « Le cortège symptomatique est absolument identique à celui de toutes les névrites périphériques déterminées par d'autres agents infectieux bien connus. » Mais le germe spécifique du béribéri reste complètement inconnu, malgré les recherches de Pereira, Lacerda et Ogota. L'incubation de la maladie est fort longue et dure des semaines et des mois. Cliniquement l'affection peut revêtir la forme œdémateuse, la forme paralytique ou la forme mixte. Mais tous les symptômes sont très variables dans leur ordre d'apparition, leur évolution, leur intensité. Successivement l'auteur les étudie suivant leurs diverses modalités. La lésion capitale est celle des troncs nerveux. On observe les altérations caractéristiques de la névrite périphérique. Tout concourt à ranger cette affection dans le grand groupe des polynévrites toxiques. Aussi le traitement doit-il être surtout prophylactique, et c'est à l'alimentation qu'il faut faire jouer le plus grand rôle. Quand la maladie est déclarée, la thérapeutique ne saurait être que symptomatique.

IV. — Sclérose en plaques hystérique; par J. DONATH. — *Wien. Klin. Woch.* n° 50 et 51, 1895.

IV. — L'on connaît aujourd'hui de combien d'affections organiques de tous les systèmes l'hystérie peut revêtir l'apparence. L'auteur en fait d'abord une rapide énumération, puis arrive ensuite à la forme sclérosique de l'hystérie. Déjà Westphal, Langer, Buzzard, Killian avaient publié des autopsies négatives de malades ayant présenté pendant leur vie tous les symptômes de la sclérose en plaques. A côté de ces fausses scléroses, Charcot et Souques avaient bien fait connaître les combinaisons d'hystérie et de sclérose en plaques. Le cas publié par l'auteur se rapporte au premier groupe, l'hystérie à forme de sclérose en plaques. Le malade, âgé de 39 ans, présenta pendant cinq ans tous les signes de la sclérose en plaques : tremblement de la main droite exagéré par les mouvements ; diminution de la force dans les membres droits; phénomène du genou et trépidation épileptoïde du pied, surtout à gauche; [illegible] la [illegible] sensibilité diminuée sur les membres du côté droit, pour le [illegible] au bras, pour le tact et la [illegible] la [illegible] les muqueuses du nez et de la langue [illegible] Le champ visuel est rétreci des deux côtés surtout à droite. Pas de nystagmus. Au bout de cinq ans, la guérison fut complète. Cette observation est intéres-

sante par la longue durée de la maladie. L'intensité et la localisation des troubles sensitifs devait cependant, dès le début, faire hésiter le diagnostic, tout au moins faire admettre la possibilité de coexistence de l'hystérie.

V. — Recherches expérimentales sur les altérations du système nerveux dans les paralysies diphtériques; par Crocq fils. — Bruxelles, libr. Lamertin, 1895.

V. — L'anatomie pathologique des paralysies diphtériques est encore aujourd'hui très discutée. Les opinions émises peuvent se classer en trois groupes : certains auteurs ont trouvé des lésions localisées aux cellules des cornes antérieures de la moelle ; d'autres n'ont observé que des troubles des nerfs périphériques; enfin, les deux variétés de lésions ont pu coïncider; un dernier groupe serait formé par les cas où l'examen le plus consciencieux n'a pu déceler aucune altération ni des troncs nerveux, ni des cellules des cornes antérieures.

Pour élucider cette question, l'auteur a entrepris une série de recherches. A des lapins, il a inoculé soit des cultures de bacille de Löffler, soit du poison diphtérique. Dans toutes ces expériences, il a cherché à obtenir chez ses animaux la plus longue survie possible.

De toutes ses recherches, l'auteur tire les conclusions suivantes : Le poison diphtérique semble atteindre exclusivement la moelle épinière, les nerfs médullaires et les parties inférieures du bulbe. La protubérance et le cerveau restent intacts. Dans la moelle, le poison attaque de préférence les cellules nerveuses; la lésion de la substance blanche est exceptionnelle : l'affection est surtout une myélite subaiguë, lente. Du côté des nerfs, on observe une dégénérescence très analogue à la dégénérescence wallérienne; cette lésion se montre surtout aux racines antérieures; les racines postérieures sont relativement respectées. La myélite est la lésion primitive, la névrite secondaire. Chez l'homme, la diphtérie produirait deux espèces de paralysie : la première, localisée à la bouche, au nez, aux yeux, au larynx, au pharynx relèverait d'une névrite périphérique; la seconde, généralisée à tout le corps et débutant par les membres inférieurs dépendrait d'une myélite primitive et de névrites secondaires.

VI. — Contribution à l'étude de la paralysie de Landry; par Bailey Pearce et James Ewing. — *The New York Med. Journ.*, july, 4 et 11, 1896.

VI. — Les auteurs ont pu étudier et pratiquer l'autopsie d'un malade mort de maladie de Landry. L'examen de la moelle par la méthode de Nissl leur a permis de constater sur toute la hauteur de la moelle une altération manifeste des cellules des cornes antérieures; au contraire, la substance blanche et les racines étaient presque normales. Il existait en outre, une infiltration très abondante des cellules rondes autour des vaisseaux. La seconde partie de leur très intéressant travail est consacrée à l'étude comparative de 43 cas qu'ils ont pu rassembler. Au point de vue anatomopathologique, on peut les diviser en plusieurs groupes : le premier contient les cas où aucune lésion n'a pu être reconnue; le second groupe comprend trois subdivisions suivant que la lésion frappait uniquement la moelle ou les nerfs ou les deux systèmes simultanément; enfin, dans le troisième, se rangent les cas décrits comme des poliomyélites aiguës. Aussi, les auteurs concluent-ils qu'actuellement il est impossible d'affirmer l'anatomie pathologique de la maladie, ni de déduire de la clinique à la lésion.

VII. — Symptômes nerveux et altérations de la moelle épinière dans certains cas d anémie profonde; par J. Taylor. — *Medico-chir. Trans.*, t. 8, 1895.

VII. — Dans ces derniers temps, les auteurs ont insisté longuement sur les phénomènes nerveux et les altérations de la moelle épinière dans les cas d'anémie pernicieuse progressive. Deux observations personnelles à l'auteur lui permettent d'apporter une nouvelle preuve des lésions médullaires.

Ch. Mirallié.

Hommage a Lister. — Le titre de lord et la pairie ont été conférés récemment par la Reine d'Angleterre à Lister. C'est le premier médecin élevé au titre de Lord. Sir J. Lister a 70 ans et n'a pas d'enfants, auxquels il puisse transmettre son titre.

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

II. — Maladies des reins. — Tuberculose rénale : son diagnostic par l'examen de l'orifice de l'uretère, hématurie profuse du début : traitement chirurgical. Néoplasmes du rein; résultats de la néphrectomie; variété de structure. Kystes du rein. Calculs rénaux; application des rayons Rœntgen à leur diagnostic. Rein mobile; tentatives pour perfectionner la néphropexie (*suite*) (1).

La tuberculose rénale primitive n'est pas encore très bien connue; les symptômes du début sont fort obscurs et, s'il n'y a pas d'examen bactériologique positif ni de tumeur rénale, on peut être tenté de rapporter à des symptômes vésicaux ce qui appartient en réalité au rein. La cystoscopie a permis à Casper (V. *Annales des voies urin., sept., p.* 829) de constater, chez une femme de 42 ans, souffrant de troubles vésicaux et de douleurs lombaires, un gonflement de l'orifice de l'uretère droit. Le diagnostic fut complété par la recherche du bacille qui fut positive; on enleva le rein droit que l'on trouva tuberculeux. L'hématurie abondante que l'on a coutume de considérer comme un symptôme des tumeurs du rein, mais qui se voit aussi dans la lithiase rénale, peut être également observée dans la tuberculose rénale (voir à ce sujet un cas de Trautenroth rapporté dans les *Annales*, mai, p. 448). Ce médecin vit chez une jeune fille de 22 ans la tuberculose rénale débuter par une hématurie profuse qui mit ses jours en danger. Après la néphrectomie on constata que le rein présentait une tuberculose au début. Quel traitement doit-on opposer au rein tuberculeux ? Doit-on se borner à l'emploi de moyens purement médicaux, doit-on avoir recours à la néphrotomie ou à la néphrectomie ? Il nous semble impossible de répondre à cette question d'une manière générale et nous pensons qu'il faut distinguer avec soin les divers cas qui peuvent se présenter. Au début, alors même que le diagnostic serait certain, le traitement médical devrait être tenté, car bon nombre de tuberculoses peuvent guérir sans opération et d'autre part, on ne sait jamais au juste si le rein supposé sain l'est complètement. Lorsque l'impuissance du traitement médical est démontrée, on peut avoir recours à l'incision ou à l'ablation du rein. Il ne faut pas oublier qu'une quantité de tissu rénal insignifiante en apparence peut suffire pour prolonger la vie de certains malades, et cela seul doit nous faire pencher pour la néphrotomie toutes les fois que cette opération est possible. Si le rein tuberculeux est par trop malade, et surtout si l'on a lieu d'espérer que l'autre rein est sain, on choisira la néphrectomie. Cette opération peut donner des guérisons radicales. Nous avons sous les yeux le résumé d'une statistique d'Israël, de Berlin, contenant 12 interventions pour la tuberculose rénale. L'opération fut 11 fois la néphrectomie totale et 1 fois une sorte de résection de rein. Dans trois cas seulement la maladie était strictement limitée au rein. Israël eut trois succès complets, datant de trois à cinq ans ; il eut trois cas de mort dont une seule, due au choc opératoire, est imputable à l'opération; les cinq malades restant furent améliorés. Cette statistique nous paraît exceptionnellement bonne, et il est probable que les revers augmenteraient si elle était poursuivie. Elle prouve cependant qu'on peut compter sur une forte proportion de guérisons opératoires.

Tout le monde sait que la néphrectomie est une opération peu grave par elle-même ; sa gravité dépend de deux facteurs principaux : l'état de l'autre rein, d'une part, et d'autre part, la gravité propre de la maladie pour laquelle on opère. Nous avons entendu M. Albarran, dont personne ne récusera la compétence, soutenir devant le dernier congrès de chirurgie qu'il valait mieux ne pas opérer les cancers du rein, la survie étant plus longue, chez les malades abandonnés à eux-mêmes que chez les néphrectomisés. L'affirmation de M. Albarran est peut-être un peu prématurée. Nous trouvons en effet dans les Annales un cas emprunté au *Boston medical Journal* dans lequel un homme de 47 ans opéré par William Swift d'un carcinome du

---

(1) Voir *Progrès médical*, n° 2.

rein, histologiquement vérifié, ne présentait après 18 mois nulle trace de récidive. Israël déjà nommé, sur 17 néphrectomies pour cancer du rein, aurait 6 guérisons datant de 18 mois à 9 ans. Israël attribue ces succès véritablement extraordinaires à ce que dans plusieurs cas il put, par le palper, diagnostiquer les tumeurs de très bonne heure et faire une intervention précoce. Sur 11 cas opérés par Billroth et par Gussenbauer, trois malades seulement n'ont pas présenté de récidive après une période variant de 13 mois à deux ans et demi.

Enfin Bellati a rapporté dans les *Archives provinciales de Chirurgie*, numéro d'avril 1896, une observation d'adéno-carcinome du rein, accompagnée de deux belles planches histologiques. Sa malade, paysanne italienne, âgée de 44 ans, ne présentait, après 18 mois, nulle trace de récidive. La conclusion générale à tirer de ces faits, c'est que les épithéliomes ne présentent pas tous à beaucoup près la même gravité. Le mot d'adéno-carcinome appliqué par les auteurs étrangers à ces tumeurs qui participent de la bénignité de l'adénome et de la malignité du carcinome est assez significatif, bien qu'il ne cadre pas très bien avec les classifications admises en France. Pour nous, dès lors que l'épithélium est devenu métatypique, il ne saurait plus être question d'adénome. Nous nous trouvons en face d'un épithéliome, mais d'un épithéliome dont la forme et le pronostic peuvent être très variables. Comme le dit avec raison Bellati, il n'est pas encore possible d'établir une bonne classification des néoplasmes du rein. L'indication est donc d'opérer d'aussi bonne heure que possible quand une tumeur du rein est reconnue. Lorsque la cachexie s'est déjà produite, il vaut mieux s'abstenir. Le diagnostic des tumeurs du rein est loin d'être toujours facile. Il nous souvient d'avoir vu, il y a 25 ans, à une époque où, malgré la néphrectomie faite en 1869 par Simon (de Heidelberg), la chirurgie du rein n'existait pas encore, une grosse tumeur abdominale qui fut prise pour un fibrome utérin. L'autopsie montra un épithéliome cylindrique du rein. Scudder (de Boston) (V. *Annales*, p. 348) enleva par la voie transpéritonéale chez une femme enceinte une tumeur qui fut reconnue à l'examen microscopique pour un adénome kystique du rein. La femme accoucha à terme d'un enfant vivant; 18 mois après, elle n'avait pas de récidive.

Les symptômes des kystes du rein, quand ils ne sont pas très volumineux, demeurent le plus souvent fort obscurs. M. Bensaude a présenté à la Société anatomique deux reins ayant subi la dégénérescence totale et donné lieu purement et simplement aux symptômes de la maladie de Bright. M. Lafourcade (de Bayonne) a rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* une opération de laparotomie pour une tumeur kystique de l'abdomen, qui n'était autre qu'un kyste hydatique du rein. Il marsupialisa la poche et put conserver l'organe.

La découverte des rayons Rœntgen qui permettent de voir le squelette à travers les parties molles ne pouvait manquer d'être utilisée pour rechercher la présence des calculs, surtout dans le rein, la vessie étant peu accessible aux photographes, protégée qu'elle est par la ceinture osseuse du bassin. M. Guyon a communiqué à l'Académie de Médecine, le 21 avril, une série de recherches entreprises par MM. Chappuis et Chauvel sur la photographie des calculs urinaires et biliaires à travers les tissus. Ces recherches sont rendues possibles sur le vivant par la diminution du temps de pose obtenue par M. Chappuis. Ce savant a montré que la photographie à travers les corps opaques peut être obtenue après une pose de quelques minutes seulement. Le rein donne sur le cliché une image beaucoup plus pâle que les muscles et le calcul, qui est tout aussi imperméable que les os, donne une image encore plus blanche. Sur les épreuves, on verrait donc le rein comme une ombre noire et le calcul comme une tache plus noire encore se détachant sur la première. Les calculs biliaires sont au contraire perméables aux rayons X aussi bien que les muscles. Sur les clichés, la vésicule donne une tache blanche et, si elle contient des calculs, on les voit comme une tache noire entourée d'un mince filet blanc. On peut prévoir que la chirurgie des calculs renaux tirera un jour un grand parti de la découverte de Rœntgen. En attendant, le diagnostic de calcul rénal ne peut être fait que d'une manière conjecturale. Les antécédents arthritiques du malade, les coliques néphrétiques qui auront pu être observées antérieurement chez lui, enfin les symptômes de calcul, alors que la vessie sera reconnue libre de tout corps étranger et pardessus tous les autres symptômes l'anurie, voilà ce qui pourra mettre le chirurgien sur la voie.

Les déplacements du rein ont été traités depuis quelques années par d'innombrables néphropexies et cela avec des guérisons opératoires à peu près constantes, mais avec des échecs thérapeutiques trop fréquents. Cela vient de ce que les douleurs dues au rein flottant tiennent souvent plus à l'état névropathique des malades qu'au déplacement même de l'organe. On a reproché à la néphropexie classique: 1° de manquer son but; 2° de déterminer par la présence des fils une sorte de sclérose du parenchyme rénal. Diverses tentatives ont été faites pour obvier à ces deux inconvénients. Pour assurer la fixation du rein en bonne place, M. Jaboulay a eu l'idée de maintenir cet organe entre les lèvres de la plaie par des sutures n'intéressant que la capsule adipeuse de l'organe et respectant même sa capsule propre. On laisserait la plaie se fermer lentement par bourgeonnement et de la sorte le rein contracterait des adhérences intimes avec la cicatrice. Ce procédé n'a encore été appliqué, croyons-nous, que sur les animaux. Il permettrait d'éviter toute sclérose consécutive. On peut cependant se demander comment se comporterait un rein adhérent à une cicatrice, exposé à des froissements divers et n'ayant plus pour se défendre l'avantage de sa position profonde dans une loge bien protégée. L'avenir et l'expérimentation sur l'homme pourront seuls nous fixer sur la valeur de l'intervention proposée par M. Jaboulay. C'est dans le but spécial d'éviter les scléroses consécutives au passage des fils dans le parenchyme du rein que M. Jonnesco a proposé au Congrès de Chirurgie une modification à la manière généralement adoptée de suspendre le rein. Au lieu de laisser les fils, catgut ou soie, à demeure dans le rein, il leur fait traverser la peau de manière à pouvoir les enlever au bout d'un certain temps qui, d'après lui, est suffisant pour obtenir une bonne fixation du rein. Cette recherche de nouveaux procédés pour la fixation du rein montre qu'en réalité les chirurgiens ne sont pas encore satisfaits des résultats de la néphropexie c'est une opération qui a l'avantage d'être absolument bénigne; les accidents opératoires sont rares; mais le résultat thérapeutique n'est pas encore ce que l'on avait espéré. Comme on l'a dit avec raison, le déplacement du rein peut exister sans produire de symptômes douloureux bien marqués. Les douleurs vives que l'on observe chez certains malades et surtout chez les femmes sont dues au moins en grande partie à des troubles nerveux que la remise en place de l'organe même aussi complète que l'on peut la désirer ne saurait apaiser dans tous les cas.

III. — Un cas de cystite gonorrhoïque;
par Alfred Lindholm.

III. — L'auteur rend compte d'un cas de cystite gonorrhoïque observé à la clinique de gynécologie de Helsingsfors au mois de mai 1896. Les symptômes d'un catarrhe de la vessie se montraient chez une femme de 19 ans, ayant contracté une gonorrhée il y avait environ un mois.

Dans l'urine, retirée avec des précautions aseptiques, la présence de gonocoques fut constatée et par le microscope et par la culture dans un mélange de deux parties d'agar de glycérine et une partie de liquide cystique, fondu en plaques dans des tasses de Pétri, où la culture fut faite. D'autres bactéries ne se trouvaient pas dans l'urine. L'exploration cystocopique de la vessie démontra une forte inflammation de la muqueuse de tout le *cavum vesicæ*. La santé fut vite rétablie par un traitement local de la vessie avec une solution de l'acide borique et avec l'instillation de nitrate d'argent à 1,2 0/0. (*Finska Läkaresallskapets Handlingar*, n° 10, oct. 1896).

A. Malherbe.

Les Médecins Amants en Angleterre. — 25,000 francs viennent d'être payés par devant le juge par le Dr Conrad-Willian Lockyer. Ce praticien de Londres, appelé par le plaignant auprès de Mme Brookman, s'était interessé a sa cliente au point de l'enlever à ses devoirs conjugaux. Le jury s'est montré d'autant plus severe que ce docteur, après avoir perdu cette dame inconstante, n'a pas balancé à l'abandonner.

CORRESPONDANCE

A propos de l'encombrement de la Faculté de Médecine de Paris.

Montauban, le 17 novembre 1897.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Le *Progrès médical* s'associait naguère, avec la grande autorité que lui donne sa vaillante rédaction, aux sages conseils du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris pour détourner les jeunes gens, sinon de la carrière médicale, du moins de l'accès de la Faculté de Paris trop encombrée. L'année scolaire est ouverte et je suis [illegible] que ni votre cri d'alarme, ni la constitution des Universités, n'ont en rien modifié la situation, et que les étudiants continuent à affluer à Paris, d'où ils ne reviendront pas cependant meilleurs praticiens que leurs confrères restés en province.

Quel est en définitive le mobile qui les pousse? Quelle est ce que j'appellerais la raison dernière de cet engouement apparent pour la Faculté de Paris? Il ne me semble pas qu'elle ait été donnée et je n'ai trouvé dans les relations transmises par les journaux sur cette question que des conjectures plus ou moins plausibles sur lesquelles je ne crois pas devoir insister ici. Je veux seulement me permettre de vous exprimer modestement ma petite opinion, parce qu'elle porte avec elle un remède à la situation. Or, n'est-ce pas souvent par pure vanité que les parents dirigent leur fils vers la Faculté de Paris, et celui-ci, devenu docteur, ne cherche-t-il pas à se donner un air de supériorité sur ses confrères en faisant sonner bien haut son titre de docteur de la Faculté de Médecine de Paris? Nous, médecins d'asile, qui ne luttons pas pour la vie et nous contentons de marquer les coups, nous le voyons bien dans les certificats de séquestration qui nous sont présentés. Il est absolument exceptionnel de voir un médecin certificateur avoir une origine provinciale, alors qu'en toute occasion nous rencontrons le titre pompeux de docteur en médecine de la Faculté de Paris; encore si celui-ci diagnostiquait mieux que celui-là le délire systématisé ou la paralysie générale!

Et à cette névrose de vanité le remède est tout indiqué: faire interdire par les pouvoirs publics à tout docteur en médecine de faire mention, dans les certificats rédigés à l'occasion de sa promotion, de la Faculté dans laquelle il a pris son diplôme.

Je vous livre ces réflexions sans y ajouter toutes les conséquences qu'elles comportent pour le plus grand bien des Facultés de province et le dégagement de la Faculté de Paris, et je vous prie de croire, Monsieur le Rédacteur en Chef, aux meilleurs sentiments de votre fidèle abonné. Dr MEILHAN.

BIBLIOGRAPHIE

Sporozoenkunde. Ein Leitfaden für Aerzte, Thierärzte und Zoologen; par le Dr von WASIELEWSKI. — Iéna, G. Fischer, gr. in-8 de 162 p., avec 111 fig., 1896.

On sait quelle importance les sporozoaires sont en train de prendre dans la pathologie humaine et comparée. A peine connus voilà 10 à 15 ans, avant les travaux de Balbiani et d'Aimé Schneider, ils ont été depuis lors l'objet de très nombreux travaux, et chaque étape de leur étude est venue démontrer d'une façon plus convaincante leurs rapports étroits avec la médecine. Il ne s'agit plus seulement, à l'heure actuelle, de la coccidie oviforme, commune chez le lapin, mais assez rare chez l'homme; d'autres représentants de ce groupe zoologique ont été observés aussi dans nos organes et une connaissance générale de ces animalcules est devenue très nécessaire au médecin, au microbiologiste, à l'anatomo-pathologiste.

En raison des progrès rapides qu'a faits leur connaissance, les livres vieillissent vite, qui traitent de leur histoire. En France, où ils ont été le plus et le mieux étudiés, plusieurs mémoires très importants leur ont été consacrés dans ces derniers temps mais on n'a publié aucun livre récent sur l'ensemble du groupe. L'ouvrage de M. von Wasielewski vient donc fort à propos combler cette lacune. En peu de pages, il passe en revue la classe entière des sporozoaires; la description de chaque type en particulier est donc assez restreinte, peut-être même trop restreinte pour les espèces parasites de l'homme (plasmodie de la malaria, sarcosporidies) et pour les espèces analogues. Mais chaque description est claire, méthodique, concise et accompagnée d'excellentes figures. Les qualités de ce livre sont très réelles et méritent d'être signalées.

Ce n'est pas dans la pensée d'atténuer cette appréciation favorable que nous obéissons maintenant au devoir de reprocher à l'auteur d'avoir trop méconnu les auteurs français; c'est un reproche qu'il n'est d'ailleurs pas seul à mériter. Est-ce que nos publications scientifiques sont moins répandues en Allemagne que les périodiques allemands ne le sont chez nous? Je ne sais. Toujours est-il évident que l'auteur cite plus d'un [illegible] sans en avoir vérifié l'exactitude à la source même; et [illegible] quelques erreurs de petite importance qu'il serait aisé de rectifier. R. BL.

VARIA

Concours de l'Internat.

Internes titulaires.

Le Concours de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des candidats, dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

Ce sont MM. :

1. Lereboullet, Lenormant, Rudaux, Pédeprade, Tournemelle, Morély, Emile Weil, Clerc, Leven, Georges Labey, [illegible], Couvelaire, Fresson, Larrieu, Jousset, Bacaloglu, Mosbinder, Maurice Guillot, Guilbaud, Mouthus.

21. Zadok, Hivet, Desmoulin, Baron, d'Herbécourt, Rastoul, Minet, Celos, Adrien Mauger, Sauvage, Caboche, Nattan, Cocheme, Cléry, de Pont-Réaulx, Charles Michaut, Pelisse, Noël Mauger, Gabriel Savard, Georges Michaux.

41. Zuerner, Malartic, Dive, Ravaut, Barbarin, Henry Bernard, Hauser, Fossard, Tissot, Chabchet, Bluysen, Froussard, [illegible], [illegible], Armand Bernard, Loewy, Schwartz, Clermont, Bufnoir, Mesnard.

Internes provisoires.

Voici, classés par ordre de mérite, les noms des candidats nommés internes provisoires.

Ce sont MM. :

1. Lenglet, Jules Lévy, Talandier, Janot, Herscher, Stanculeanu, André, Desplats, Sikora, Chifoliau, Prat, Albert Poulain, Leroy des Barres, Jean Petit, Loubet, Armand Delorme, Tardif, Guinon, Henri Bourgeois, Marcel Roux.

21. Paguez, Louis Morel, Dervey, Rellay, Tesson, Elias, Benjamin Weill, Bardel, Pastourel, Legay, Arnal, Mousseaux, Jean Ferrand, Chevrey, Chauveau, Esmonet, Lamouroux, G. Weill, Laubry, Boutin.

41. Nollet, H. Vincent, Zamfiresco, Nicaise, Lagrange, Ferrand, L. Lebon, Le Moyne, Bonnel, Daniel, Géraudel, Silhol, Léo, Gautier.

Peste et Choléra en 1897.

Le Ministre de l'Intérieur a, cette semaine, entretenu le Conseil des mesures qu'il a prises, sur l'avis du Conseil d'Hygiène, en vue de la situation sanitaire internationale. Ces mesures sont motivées d'abord par les cas de *choléra*, qui se sont déclarés à bord d'un bâtiment de guerre anglais à Plymouth parmi les soldats ramenés d'Orient et, ensuite par la peste bubonique qui sévit à Bombay. Il s'agit de mettre à l'abri ces fléaux à la fois ceux de nos ports du Nord qui sont en correspondance avec Plymouth et ceux du Midi qui sont en rapport avec les Indes anglaises. En ce qui concerne le *choléra*, [illegible] tous les navires venant de Plymouth dans nos ports [illegible] de 1893, auquel [illegible] ont adhéré. Aux [illegible] des navires venant de Plymouth seront, à l'arrivée dans les ports français, soumis à la [illegible] et, enfin, à la surveil-

lance pendant cinq jours. C'est-à-dire que pendant les cinq jours qui suivront le moment où ils auront débarqué sur le territoire français, ils devront déclarer le lieu où ils se rendent et, à chaque déplacement, le lieu nouveau où ils vont. Cette période de 5 jours correspond à celle présumée pour l'incubation de l'affection cholérique. On peut ainsi, au cas où la maladie se déclarerait chez un des passagers admis sur notre territoire, connaître l'origine du fléau et, en prenant les mesures immédiates d'isolement et de désinfection, en empêcher la propagation.

En ce qui concerne la *peste bubonique* de Bombay, un décret va être promulgué, demain matin, en vue d'interdire l'importation en France des chiffons et autres objets susceptibles d'apporter les germes du mal, provenant des pays contaminés.

Hommage au Dr E. Dubois.

M. le Dr Eugène DUBOIS, médecin militaire de l'armée des Indes Néerlandaises, vient d'être promu, *honoris causa*, docteur ès sciences naturelles, par l'Université d'Amsterdam. M. Dubois est le célèbre antropologiste hollandais qui a trouvé le *Pithecantropus erectus*, le *Missing link* dans le système de Darwin et qui s'est distingué par plusieurs ouvrages d'une haute valeur scientifique. Tout récemment, son mérite lui a valu le prix Broca. La cérémonie a eu lieu avec une grande solennité. C'est la première fois que l'Université d'Amsterdam confère *honoris causa* le grade de docteur.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JUILLET AU 30 SEPTEMBRE 1896, PAR MM. LES Drs PASSANT ET HAUTECŒUR.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	13	16	0	29
2e	17	18	0	3[illegible]
3e	19	63	3	85
4e	46	82	21	149
5e	38	46	18	102
6e	17	14	9	40
7e	20	19	5	44
8e	10	17	0	27
9e	[illegible]2	22	4	38
10e	16	51	8	75
11e	142	248	90	480
12e	26	67	18	111
13e	107	126	59	292
14e	54	91	44	189
15e	71	105	48	224
16e	15	11	0	26
17e	35	83	26	144
18e	118	180	85	383
19e	117	142	73	332
20e	187	340	141	668
	1080	1741	652	3473

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies	Nombre
A	
Angines et laryng.	281
Croup	15
Coqueluche	12
Maladies des yeux et oreilles	»
Corps étrangers de l'œsophage	»
B	
Asthme	46
Affections du cœur	125
Bronchites aiguës et chroniques	286
Pleuro-pneumonie	123
Congestion pulmonaire	68
Grippe. Influenza	»
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	436
Cholérine et dysent.	231
Dysenterie	52
Athrepsie	58
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	196
Hernie étranglée	21
Rétention d'urine	12
Orchite	»
Affections des organes génitaux externes	»
D	
Métrite. Métro-péritonite	108
Métrorrhagie	76
Fausse couche	105
Accouc. Délivrance	217
Accouc. non terminé	»
E	
Affect. cérébrales	125
Eclampsie. Convuls.	73
Tétanos	»
Névralgies	61
Névroses	112
Epilepsie	11
Aliénation mentale	13
Alcoolisme. Delirium tremens	28
Chorée	»
Tétanos	»
Gale	»
F	
Rhumatisme	57
Affections éruptives	92
Erysipèle	»
Fièvres	56
Fièvre typhoïde	11
Hémorrhagies de causes internes et externes	124
G	
Plaies. Contusions. Abcès	140
Fractures. Luxations. Entorses	25
Brûlures	5
Empoisonnements	24
Asphyxie par le charbon	4
— submersion	»
Suicide	6
H	
Morts à l'arrivée du médecin	38
Total	3473

La moyenne des visites par nuit est de 37,75.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 38,65.
Les hommes entrent dans la proportion de 31,09 0/0.
Les femmes — — de 50,14 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 18,77 0/0.

Visites du 3e trimestre de 1895 . 3,556
— 2e — 1896 . 3.473
Différence en moins. 83

XIIe Congrès international de Médecine.

MOSCOU (12-26 *août* 1897).

Programmes préliminaires des Sections (fin) (1).

SECTION IV. *a) Thérapeutique générale.* — 1. Sérothérapie et inoculations prophylactiques. — 2. Organothérapie. — 3. Appréciation des méthodes actuelles de diététique (alimentation artificielle, alimentation forcée, cure de koumys, cure de raisin, succédanés de l'alimentation employés en thérapeutique). — 4. Méthodes de traitement de la fièvre. — 5. Méthodes actuelles de traitement antiphlogistique (phlébotomie, etc). — 6. Hydrothérapie. — 7. Climatothérapie (climat maritime, climat de montagne, voyages sur mer, etc). — 8. Thérapeutique générale des différents organes (par exemple, nouvelles méthodes de traitement des maladies du cœur). — 9. Electrothérapie.

b) Pharmacologie. — 1. Traitement local rapide et sûr de l'érysipèle grave (méthode épidermique). — 2. Traitement rapide et sûr de la méningite cérébro-spinale épidermique (méthode hypodermique). — 3. Traitement de la pneumonie par le gaïacol, en application externes. — 4. Le calomel comme médicament cardiaque. — 5. Traitement de l'érisypèle à rechutes. — 6. Traitement de la fièvre typhoïde. — 7. Valeur des modes d'emploi de l'eau dans la hydrothérapie : frictions et ablutions, douches en éventail et demi-bains. — 8. Climatothéraphie de la phthisie pulmonaire. — 9. Sur la désintoxication.

c) Pharmacognosie et Pharmacie. — 1. L'*Amanita Phalloïde* : ses variétés botaniques, sa distribution géographique, sa composition chimique et son action physiologique. — 2. Classification et histologie des drogues simples d'importance pratique. Examen de drogues nouvelles et déja connues, dont la connaissance est en général encore insuffisante. — 3. Médicaments pharmaceutiques organiques et inorganiques, méritant une attention spéciale par leur importance pratique. — 4. Les meilleurs méthodes pour déterminer au point de vue chimico-légal les médicaments à action héroïque : alcaloïdes, glycosides, substances dites amères, etc. — 5. Culture des plantes narcotiques ; valeur des préparations médicales qu'on en obtient. — 6. Moyens les plus sûres pour déterminer les alcaloïdes dans les médicaments narcotiques. — Les meilleures méthodes à préparer l'eau d'amendes amères. — 7. De la nécessité de déterminer strictement la quantité de substances spécifiques et d'alcaloïdes dans les extraits, les teintures et autres médicaments à action héroïque. — 8. Etablissement d'une norme internationale pour les préparations galéniques (Galenica internationalia). — 9. Les drogues de la médecine populaire dans leurs rapports avec l'histologie et la chimie. — 11. Les médicaments séro et organothérâpeuthiques considérés au point de vue pharmaceutique. — 12. L'eau considérée au point de vue hygiénique et pharmaceutique. — 13. Examen microscopique de l'identité et de la réelle valeur des poudres médicales les plus importantes. — 14. Produits excrétés par les plantes. — 15. Moyens les plus sûrs à distinguer, au point de vue anatomique et chimique, le fruit de la Badiane vraie (Illicium verum Hooker) et fausse (Illicium religiosum Sieboldt). — 16. Différence de la structure du testa de la moutarde noire (Sinapis nigra L), de la moutarde russe : dite de Sarepla (Sinapis Juncea L) et de la moutarde blanche ou jaune (Sinapis alba L).

SECTION V. *Maladies internes.* — 1. Causes essentielles de la chlorose. — 2. Les différentes formes de fièvres paludines ont-elles pour cause le parasite de Laveran ou quelques autres espèces encore ? — 3. Traitement climatérique des tuberculoses. — 4. La relation des dyspepsies nerveuses avec les névroses générales ; ses symptômes et leur pathogénie. — 5. Classification clinique des néphrites. — 6. Pathogénie de la néphrite chronique. — 7. Formes cliniques des cirrhoses hépatiques. — 8. Pathogénie des lésions chroniques des valvules du cœur. — 9. Pathogénie de l'obésité. — 10. Pathogénie de la goutte.

SECTION VI. *Maladies de l'enfance.* — 1. Diagnostic de la tuberculose des poumons pendant la première enfance. — 2. Diagnostic de la méningite tuberculeuse. — 3. De la coqueluche avec complication d'influenza (grippe). — 4. De la diarrhée qui accompagne les maladies des organes respiratoires. — 5. Affections du système lymphatique durant l'enfance. — 6. Des propriétés normales du sang et de leurs modifications dans les maladies des différents ages. — 7. Résultats du traitement par le sérum de la diphtérie et des autres maladies. — 8. — Résultats de la « ponction en ceinture » dans l'hydrocéphalie. — 9. De l'arythmie du cœur chez les enfants. — 10. Résultats de laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. — 11. Organisation et resultats de l'activite des hospices russes d'enfants trouvés ou, en général, des asiles pour les enfants abandonnés. — 12. Quelle est la différence entre l'alimentation naturelle et l'alimentation artificielle des enfants au

(1) Voir *Progrès médical*, n° 2, p. 29.

point de vue physiologique et pathologique? — 13. La syphilis héréditaire?— 14. Diathèse hémorrhagique et distribution géographique du rachitisme. — 15. Influence des travaux scolaires sur la santé et le développement physique des enfants.

SECTION VII. *Maladies nerveuses et mentales.* — I. 1. Pathologie de la cellule névrique (anatomie microscopique normale et lésions pathologiques). — 2. Pathogénie et anatomie pathologique de la syringomyélie. — 3. Pathogénie et traitement du tabes dorsalis. — 4. Traitement opératoire des maladies du cerveau.

II. — 1. Obsessions et idées fixes. — 2. Pathogénie de la paralysie générale des aliénés; délimitation de cette maladie des formes morbides voisines. — 3. L'hypnotisme et la suggestion dans leur rapport avec les maladies mentales et la médecine légale.

SECTION VIII. *Dermatologie et Vénérologie.* — 1. Actinomycose de la peau. — 2. Tuberculose cutanée primitive. — 3. Arthrite de la peau. — 4. Sarcomatose cutanée. — 5. Acanthosis nigricans. — 6. De la pathogénie d'area Celsi s. Jonstoni. — 7. Dermatoses blennorrhagiques. — 8. Dermatoses mercurielles — 9. Eruptions cutanées paludines (paludides). — 10. Traitement de la sclérose simple (sclérodermie). — 11. Traitement de la sclérose de Frisch (rhinosclérose). — 12. Quand doit-on commencer le traitement de la syphilis par le mercure ? Combien le traitement de la syphilis doit-il être continué? Faut-il traiter la syphilis au moment de l'apparition des accidents de cette maladie, ou faire le traitement provisoire en dehors dès l'apparition des syphilides de la maladie? — 13. Modifications des éléments du sang chez les syphilitiques dans la période condylomateuse. — 14. Syphilis et sérothérapie. — 15. Traitement de la syphilis par des préparations mercurielles solubles et insolubles.

SECTION IX. a) *Chirurgie.* — 1. Méthodes de traitement des plaies infectionnées. — 2. Méthodes de traitement sans opération des néoplasmes malignes et, en particulier, les résultats de leurs traitements par la sérothérapie. — 3. La chirurgie cérébrale dans les cas de tumeurs et d'épilepsie de Jackson; résultats de l'emploi des procédés opératoires.— 4. La chirurgie des poumons, principalement au point de vue de la formation des cavernes tuberculeuses et de la gangrène des poumons —5. Traitement des rétrécissements cancreux de l'œsophage, du pylore et du rectum. Resultats des diverses méthodes de leur traitement. — 6. Affection blennorrhagiques et syphilitiques des articulations. — 7. Principes de la construction de prothèses des extrémités inférieures (dans les affections, les paralysies, les luxations congénitales du fémur et après l'amputation).

b) Maladies des dents.— 1. Nature et traitement de la pyorrhea alveolaris. — 2. Hygiène de la cavité buccale et des dents.

SECTION X. *Médecine militaire.* — 1. Sous quels rapports la Convention de Genève doit-elle être examinée de nouveau pour éviter les différences d'interprétation de ses divers articles, et quelles modifications doit-elle subir en vue de la transformation de l'armement et de l'augmentation du nombre des combattants. — 2. Organisation de la recherche des blessés sur le champ de bataille. — 3. Quelle est la méthode à préférer pour le premier pansement des blessures par balles. — 4. Appareils les plus convenables pour le traitement des fractures causées par les armes à feu. — 5. Les meilleurs types de brancards pour les blessés. — 6 Voitures les plus commodes et les moins chères pour le transport des blessés. — 7. Transport des blessés dans les wagons des chemins de fer de campagne à voie étroite. — 8. Alimentation des armées en campagne en eau potable. — 9. Comment et à quel degré peut-on obtenir l'uniformite dans le service medical des armées.

SECTION XI. *Maladies des yeux.* — 1. Traitement opératoire de la myopie (méthode de Fukala). — 2. Le trachome et son traitement. — Essai de classification des inflammations de la cornée et de la conjonctive au point de vue bactériologique. — 4. Valeur thérapeutique des injonctions sous-conjonctivales.

SECTION XII. a) *Maladies de l'oreille.* — 1 Inflammation de l'oreille moyenne chez les nouveau-nés. — 2. Classement des inflammations de l'oreille moyenne suivant les produits de l'inflammation. — 3. Importance physiologique des parties spéciales du labyrinthe, principalement en ce qui concerne la question de savoir si une altération partielle du labyrinthe cause une surdité complète. — 4. Traitement des suppurations attico-mastoïdiennes et des affections intracraniennes subséquentes. — 5. Contribution à l'étude de la question des cholestéatomes. — 6. Maladies de l'oreille provenant de l'inflammation des sinus craniennes (maxillaires, frontales ou sphénoïdales). — 7. Valeur comparée de la trepanation simple et de l'ouverture large des cavités de l'oreille dans l'otorrhée chronique. — 8. Traitement chirurgical de l'otite scléreuse et sa valeur thérapeutique. — 9. Les adenoïdes aigues chez les adultes. — 10. Etude et traitement des complications internes de l'inflammation purulente de l'oreille. — 11. Affection primaire des parois osseuses du labyrinthe. — 12. Importance thérapeutique des exercices de l'oreille pour les sourds et les sourds-muets. — 13. Les dimensions des cavités auditives considérées comme un moment prédisposant des maladies de l'oreille.

14. Pathologie et traitement de la sclérose de la cavité tympanique (Sa di férence des autres lésions semblables du labyrinthe).

b) Maladies du larynx et du nez. — 1. Sur les suppurations des sinus nasales (le maxillaire excepté) ; diagnostic et traitement. — 2. Cancer laryngis ; diagnostic et traitement. — 3. Causes et traitement de l'extinction de voix chez les chanteurs. — 5. Les progrés, réalisés depuis le dernier Congrès international, dans le traitement local de la tuberculose du larynx. — 5. Autoscopie du larynx. — 6. Laryngo-stroboscogie.— 7. X-rayons, appliqués dans la rhino-laryngologie. — 8 Œsophagoscopie. — 9. Photographie du larynx. — 10. Rapport du comité concernant les normes obligatoires dans la construction des instruments et appareils rhinolaryngoscopiques.

SECTION XIII *Obstétrique et Gynécologie.* — 1. *Obstétrique* — 1. De la symphysiotomie. — 2. De l'exploration externe. — 3. La sérothérapie appliqué à la septicémie puerpérale. — 4. Rapports entre l'infection blennorrhagiques et les maladies puerpérales.

2. *Gynécologie.* — 1. De la colpotomie dans les cas d'inflammation des annexes de la matrice, de déplacement et de néoplasmes de la matrice. — 2. La blennorrhagie et son traitement chez les femmes non enceintes. — 3. Du traitement chirurgical de la péritonite.— 4. La valeur comparée des méthodes opératoires dans le traitement du cancer de la matrice, envisagées comme moyen de prévenir les récidives.

SECTION XV. *Médecine légale.*— 1. Création d'une institution de médecins légistes jurés, ayant pour spécialité la médecine légale, et modification en conséquence des conditions de l'enseignement de la médecine légale. — Nécessité d'exiger un diplôme spécial des médecins légistes. — 2. Sur la nécessité d'une plus large application de la méthode de recherches microscopiques dans la médecine légale. — Sur les applications de la bactériologie dans la médecine légale. — Preuve médico-légale de la présence de gonocoques. — 3. Etat actuel de la question des ptomaines dans la medecine légale. — 4. Etat actuel de la question des preuves vitales et des conditions qui influent sur leur réalité. — 5. Valeur des indices de la mort par asphyxie. Des conditions favorables à la genèse des ecchymoses sous-pleurales. Des ecchymoses et de leurs rapports avec la strangulation.— 6. La fonction glycogène du foie dans ses rapports avec l'expertise médicolégale. — 7. Indices anatomo-pathologiques de la mort causée par le froid. — 8. Examen médico-légal de la mort causée par le chloroforme. — 9. De l'action ca térisante de l'acide arsénieux et des sels. — 10. De la responsabilité des hystériques. — 11. De la penalité à appliquer aux crimes ayant pour sphère les fonctions sexuelles. — 12. Existe-t-il une criminalité dans le sens admis par l'école de Lombrozo. — 13. De la mort par choc. — 14. De la rigidité cadavérique. — 15. Particularités de la décomposition du cadavre du fœtus et du nouveau-né — 16. De la manière de distinguer le sang de l'homme du sang des mammifères dans les recherches médico-légales. — 17. Morcellement criminel du cadavre et moyens de determiner sa taille et son age.

L'organisation du service médical et des secours à l'Exposition universelle de 1900.

Nous avons donné les indications concernant l'organisation du service médical de l'Exposition (1). Le commissaire général vient d'en compléter l'étude, en prenant les mesures nécessaires pour que les ouvriers et visiteurs,malades ou blessés puissent recevoir immédiatement les soins désirables.— On remarquera qu'il sera pourvu aux dépenses du service médical et à celle des secours au moyen d'un prélèvement de 1 0/0 sur les décomptes des entrepreneurs.

Cette idée est une des principales caractéristiques du projet de M. Marcel Baudouin, et c'est ce qu'il a appelé le *Droit aux Blessés*. Mais l'Administration, qui est accoutumée de prendre son bien où elle le trouve, sans crier gare, s'est bien gardée d'en indiquer l'origine dans les notes officieuses envoyées aux journaux.

La partie de cette retenue qui resterait sans emploi à la fin de l'Exposition sera remise à l'administration de l'Assistance publique de la Seine. En cas d'insuffisance, le budget de l'Exposition supporterait la différence. Ces diverses dispositions sont détaillees dans un arrêté, lequel donne également le formulaire des bulletins de constatation de blessure ou de maladie qui seront remis aux ouvriers, en cas d'accident, et du certificat qui leur sera remis également en vue des secours pécuniaires à recevoir. Une formule spécifie aussi les indica-

(1) *Progrès Médical*, n° 3.

[illegible] à fournir par les [illegible] te secours à la fin du traitement.

Le lait et la tuberculose.

Le préfet de police vient d'organiser un [illegible] de découvrir la tuberculose chez les vaches [illegible] nourrisseurs de Paris et du département de la [illegible] les animaux de repeuplement afin de les préserver de la péripneumonie contagieuse. Ce nouveau service [illegible] dans le courant de ce mois au marché [illegible] de la Villette. Les nourrisseurs qui désireront [illegible] sot à l'épreuve révélatrice de la tuberculose [illegible] préventive de la péripneumonie, devront les [illegible] aux bestiaux (étable des vaches [illegible] d'Allemagne), les mardis et vendredis entre [illegible] heures du matin. Les animaux à examiner [illegible] tuberculose resteront en surveillance [illegible] heures du soir au minimum. [illegible] péripneumonie seront rendus immédiatement [illegible].

Quand toutes les vaches d'un établissement [illegible] de la tuberculine et auront été [illegible] une attestation officielle pourra être [illegible] seurs. Cette attestation sera [illegible] six [illegible] vaches nouvelles [illegible] du service vétérinaire sanitaire [illegible] injections de tuberculine et les inoculations préventives de la péripneumonie contagieuse seront [illegible] frais de nourriture et les soins à donner aux animaux [illegible] la charge des propriétaires.

Les maladies contagieuses dans les Lycées et Collèges.

Le Ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs des Universités une circulaire fort importante sur les nouvelles prescriptions qu'il convient de suivre, dans les établissements d'enseignement secondaire et primaire, pour les soins à donner aux élèves atteints de maladies contagieuses et épidémiques, ainsi que sur les mesures à prendre pour empêcher la propagation de ces maladies. Cette circulaire a pour dessein de mettre en harmonie les circulaires du 15 mars 1890 (enseignement secondaire) et du 21 mars 1896) enseignement primaire), relatives au même objet. Sur les maladies déjà signalées (varicelle, variole, scarlatine, rougeole, oreillons, diphtérie, coqueluche), la circulaire ne renferme aucune prescription nouvelle. Les maladies signalées pour la première fois sont la pelade et la tuberculose. Les jeunes peladiques devront être séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations; ils devront maintenir leur tête toujours couverte. Relativement à la tuberculose, la circulaire rappelle quelques-unes des conclusions adoptées par l'Académie de Médecine dans sa séance du 28 janvier 1890 :

> La tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse. L'Académie appelle l'attention des autorités [illegible] sur les dangers que les tuberculeux font courir aux [illegible] dont elles ont la direction, telles que lycées, collèges, etc.

L'intérêt des tuberculeux eux-mêmes, ainsi que l'intérêt des élèves, avec lesquels ils seraient en contact journalier, exigent impérieusement que, dès le début de l'affection, ils ne soient plus soumis au régime des maisons d'éducation. En ce moment, en effet, le grand air, le soleil, les longues promenades, une alimentation spéciale priment tous les moyens thérapeutiques que l'on doit prescrire. Le séjour dans l'internat, les classes, études, dortoirs, quelles que soient leurs [illegible] seraient nuisibles au jeune malade. [illegible] sement devra-t-il, en s'appuyant [illegible] venir avec tout le tact nécessaire [illegible] devra faire observer à celles-ci [illegible] toute autre affection analogue [illegible] franchement et rapidement, [illegible] que l'on ne peut assurer au [illegible].

Une bizarre intervention chirurgicale sur le foie : Un cas de resection hépatique.

[illegible] M. Hu[illegible] un [illegible] à [illegible] avant de [illegible] fixé dans la blessure. M. [illegible] time traversée de part en part. Il [illegible] évanoui. On le [illegible]. M. Legros, s'improvisant [illegible] en place les entrailles qui [illegible] le foie et en oublia un morceau [illegible] aperçut Mme Humblot [illegible]! Il ressuscita, mais [illegible] à un journaliste, [illegible] — Malgré ces détails précis, cette [illegible] bien extraordinaire. M. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

[illegible] 25. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, [illegible], H[illegible]. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ri[illegible], Tarnier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Chauffard, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. [illegible] : MM. Tillaux, Tuffier, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Terrier, Humbert, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, [illegible], Widal.

[illegible] 26. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Raymond, [illegible]. — (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Chassevant, [illegible]. — [illegible] *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Tarnier, [illegible]. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. [illegible], Le Dentu, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, [illegible].

[illegible] 27. — Médecine opératoire : MM. Ricard, Tuffier, [illegible]. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, [illegible]. — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Lejars, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Wurtz.

JEUDI 28. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Quénu, Albarran. — 3e *de Doctorat* oral, (1re *partie*) : MM. Le Dentu, [illegible], Maygrier. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Raymond, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

VENDREDI 2[illegible]. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Vaillard, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Landouzy, Netter, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Thiéry, Berger, Walther. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 30. — 2e *de Doctorat* oral, (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker : MM. Berger, Nélaton, Hartmann. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Debove, Marfan. — (2e *série*) : MM. Cornil, Joffroy, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 2[illegible]. — M. Aubouin. Le traitement des ulcères variqueux par le pansement de Unna (de Hambourg). — M. Ungauer. Les accidents des sérothérapies (Étiologie et prophylaxie). — M. Guerrero. Étude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail de l'accouchement dans les variétés postérieures [illegible]. — M. Dujon. Étude sur les bartho[illegible]. — M. [illegible]. Contribution à l'étude des tumeurs fibro-[illegible] à myéloplaxes. Myélomes des gaines tendineuses et [illegible]. — M. Delaine. Traitement des ulcères de jambes par l'[illegible].

JEUDI 28. — M. [illegible]. Contribution à l'étude de la carie [illegible]. — M. [illegible] chez les femmes en[illegible]. — M. [illegible] des os du crâne. — M. Ba[illegible] les accidents consécutifs aux [illegible] d'acide carbonique.

Enseignement médical libre.

[illegible]. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire [illegible] l'hôpital Broca, a commencé les deux [illegible] rue du Pont-de-Lodi, n° 5: [illegible] microscopique et manipu[illegible] d'histologie pathologique [illegible] 2 heures: technique bactériologique [illegible] principaux microbes pathogènes. [illegible] destinés à mettre les [illegible] les analyses exigées journellement [illegible] ils sont exercés individuellement [illegible] expériences. Les microscopes [illegible] disposition. On s'inscrit [illegible], chez M. le Dr Latteux, 9, rue Marsollier ([illegible] de l'Opéra).

FORMULES

Phtisie pulmonaire traitée par inhalations de lignosulfite.

Des expériences ont été faites à l'Allgemeine Spital de Vienne par le Dr Ehrlich avec ce médicament peu défini. M. Ehrlich affirme avoir amélioré l'état des malades atteint de tuberculose limitée au sommet pulmonaire. Nous avons assisté à des séances d'inhalation de lignosulfite et nous pouvons déclarer que cette méthode est très désagréable à tous les malades et insupportable aux tuberculeux atteints de dyspnée. (*Sem. méd.*).

Fièvre hectique.

Les antifébriles, tels que les sels de quinine, l'antipyrine, exercent une action médiocre sur cet accident Il n'en est pas de même de l'acide salicylique, fort préconisé par Jaccoud et Samuel Bernheim. Ce médicament aurait, paraît il, une action directe sur les toxines bacillaires, cause directe de la fièvre hectique, dans la tuberculose. Jaccoud recommande une dose assez élevée, 2 à 3 grammes, qu'on administre par cachets de 0,50 centigr., trois à quatre heures avant le moment de la fièvre. On laisse un jour d intervalle, puis on recommence à la dose de 2 grammes, pour continuer jusqu'à ce que la fièvre ait cédé. On rend le médicament tolérable, en donnant, avec le cachet, un grog ou bien une grande tasse de lait.

Bernheim préfère administrer l'acide salicylique par la voie sous cutanee. On injecte la valeur d'une seringue de Pravaz, une fois par jour, du mélange suivant :

Acide salicylique. . . . . 2 grammes.
Ether sulfurique. . . . . } ââ 10 —
Huile d'olive. . . . . }

On peut encore associer l'acide salicylique à d'autres agents antithermiques.

Acide salicylique.. . . . . . . 0 gr. 50 centigr.
Sulfate de quinine. . . . . . } ââ 0 10 —
Antipyrine. . . . . }

En un cachet n° 10. — Donner au malade 1 à 2 cachets par jour.

D'autres medicaments ont été recommandés, mais on en explique ni la portée ni l'action physiologique. Citons néanmoins les tentatives qui ont été faites pour combattre la fièvre hectique.

Danziger préconise les sels de thalline qu'il donne en pilules à la dose de 0,10 à 0.30 centigr. par jour.

Stels conseille les cachets suivants :

Hyposulfite de chaux.. . . . . . 2 grammes.
Sulfate de strychnine . . . . . . 0 gr. 30 centigr.
Acide arsénieux . . . . 0 10 —
Orme pulvérisé . . . . Q. S.

Diviser en 60 cachets, et prescrire 2 à 6 cachets par jour.

En cas de fièvre hectique compliquée de sueurs nocturnes, Stark conseille :

Sulfate de strychnine . . . . . . 0 gr. 0,2 centigr.
Sulfate d'atropine . . . . 0 05 milligr.
Acétanilide. . . . . 4 grammes.

Diviser en 12 cachets et en prescrire 2 à 3 par jour.

Quand il n'y a pas de sueurs, Strak supprime l'atropine et il prescrit les cachets suivants :

Sulfate de strichnine. . . . . . . 0 gr. 02 centigr.
Phénacétine . . . . 8 grammes.
Citrate de caféine . . . . 2 —

Diviser en 12 cachets et en ordonner 2 à 3 par jour.

Von Lekely conseille un mélange d'ergot de seigle et de salicylate de soude. (*Indép. médicale*).

Formule contre les engelures.

Le *Petit médecin des familles* indique la formule suivante pour en conjurer les rigueurs : lotions matin et soir avec de l'alcool camphré, puis continuer sur les parties envahies ou menacées avec la pommade :

Borate de soude. . . . . 6 grammes
Glycérine d'amidon. . . . . . . 3 —

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 janv. au samedi 16 janv. 1897, les naissances ont été au nombre de 1 120. se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 366 illégitimes, 162. Total, 528. — *Sexe féminin* : légitimes, 407 ; illégitimes, 185. Total, 592.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 janv. au samedi 16 janv. 1897, les décès ont été au nombre de 1.005, savoir : 537 hommes et 468 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 0, T. 1. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 8, F. 8, T. 16. — Scarlatine : M. 1, F. 0. T. 1. — Coqueluche : M. 4, F. 8, T. 12. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 4, T. 6 Grippe. M. 1, F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 74, T. 192. — Méningite tuberculeuse : M. 4, F. 10, T. 14. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 9, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 38, T. 53. — Méningite simple : M. 4, F. 8, T. 12. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 17, T. 39, — Paralysie, M. 4, F. 1, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 5, T. 10 — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 35, T. 64. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 17, T. 28. — Bronchite chronique : M. 16, F. 10, T. 26. — Broncho-pneumonie : M 33, F. 26, T. 58. — Pneumonie : M. 32, F. 25, T. 57. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 27, T. 55. — Gastro-entérite, biberon : M. 11, F. 9. T 20 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 2. T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 1, F. 1, T. 2. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 12, F. 11, T. 23. — Sénilité : M. 17, F. 25, T. 42. — Suicides : M. 21, F. 4, T. 25. — Autres morts violentes : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres causes de mort : M. 101, F. 80, T. 181. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 115, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 47, illégitimes, 15. Total : 62 — *Sexe féminin* : légitimes, 42, illégitimes, 11. Total : 52.

UNIVERSITÉ DE DIJON. — De grandes fêtes sont organisées à Dijon pour l'inauguration de l'Université. Une représentation de gala aura lieu le samedi; le lendemain dimanche, dans l'après-midi, séance solennelle au Grand-Théâtre de Dijon; des discours seront prononcés par le recteur, M. Bizos, et par M. Nourissat. président de la Société des amis de l'Université de Dijon; le soir, banquet dans la salle des Etats de Bourgogne, sous la présidence du recteur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. BARABAN, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, est promu de la quatrième à la troisième classe.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira le 12 juillet 1897, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Uuiversité de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 12 juillet 1897, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

ÉCOLE DE MEDECINE DE MEXICO — La municipalité de Mexico a décidé de donner le nom de Pasteur au jardin situé devant l'Ecole nationale de médecine.

SOCIÉTÉ MEDCIALE DU VIe ARRONDISSEMENT. — Le bureau de la Société est ainsi composé pour 1897 : Président, Dr Dromain; vice-présidents, Drs Valude et Richardière ; secrétaire général, Dr Genesteix; secrétaires des séances, Drs Boissier et Ancelet; trésorier, Dr Pruvost.

LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE DES SENSATIONS. — M. HENRY, maître de conférences près le laboratoire de psychologie de l'Ecole pratique des hautes études section des sciences naturelles), est nommé directeur du laboratoire de physiologie des sensations.

ECOLE SUPERIEURE DE PHARMACIE. — M. JEANJEAN, professeur de chimie organique et toxicologie, est nommé pour trois ans, à dater du 31 janvier 1897, directeur de ladite Ecole.

ASILES DES ENFANTS TUBERCULEUX. — M. Bompard a fait au Conseil municipal de Paris voter un crédit de 10.000 francs pour la cr ation de vingt lits à l'asile des enfants tuberculeux de la sœur Candide.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — M. BABOIN, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est proroge dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 16 novembre 1897.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES EN 1897. — Le huitième Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes s'ouvrira à Toulouse, le 2 août prochain. Voici les questions mises à l'ordre du jour : 1° *Diagnostic de la paralysie générale; 2° L'hystérie infantile; 3° Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés.*

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Est nommé membre du Comité technique de santé, M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Les médecins de première classe de la marine, Chastang et du Bois Saint-Sévrin sont mis à la disposition de la *Société des œuvres de mer* pour embarquer sur les deux bâtiments-hôpitaux que cette Société dirigera sur les bancs de Terre-Neuve et sur l'Islande pendant la prochaine campagne de pêche.

Tableau d'avancement. — Pour le grade de médecin en chef : MM. les médecins principaux : 1 Parret (Eugène-Marie-Joseph-Jean). 2 Burot (Ferdinand). — Pour le grade de médecin principal: MM. les médecins de 1re classe : 1 Mercié (Louis-Léon-Gustave). 2 Hervé (Henri-Marie-Victor). — Pour le grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe : 1 Lefebvre (Lucien-Honoré-Thomas). 2 Onimus (Etienne-Auguste-Henri). 3 Bonnefoy (Alphonse-Marie). 4 Lesueur-Florent (Armand-Frédéric-Eugène). 5 Bouras (Georges-Marie-Michel). — Pour le grade de pharmacien en chef : M. le pharmacien principal Lapeyrère (Joseph-Henri-Jean). — Pour le grade de pharmacien principal : M. le pharmacien de 1re classe Baus (Joseph-Jean-Come). — Pour le grade de pharmacien de 1re classe : M. le pharmacien de 2me classe Dezeuzes (Charles). Conformément à l'article 12 du décret du 31 juillet 1895, modifié par le décret du 14 novembre suivant, la commission de classement, dans sa séance du 9 janvier 1897, a maintenu au tableau d'avancement pour une nouvelle période de deux années: — Pour le grade de médecin en chef : M. Ségard (Charles-Marie-Joseph), médecin principal. — Pour le grade de pharmacien en en chef : M Sauvaire (Paul-Alexis), pharmacien principal. — M. Bourdon (Frédéric-Marie-Raoul), pharmacien de 1re classe : M. Rouzières (Jacques), pharmacien de 2e classe.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés : *Officiers de l'instruction publique* : MM. les Drs N.-E. Bonnet, Coupard, Ducor, W.-D. Hogg, Martel, Parenteau, Peyron, Poupon, Viaud, Violet (de Paris); Barbaux (de Quingey); Blesson (de Montreuil-sous-Bois): Coulaud (de Monleydier); Empereur (de Bourg-Saint-Maurice); Guérin (de Rougemont); Hugot (de Laon); Imbert (de Castellane); P Mourgues (de Nimes); P.-E Sicard (de Castres). Stoeber (de Nancy); Tronche (de la Réole); Yot (de Versailles); J.-B.-E. Mathieu, Van Merris (médecins militaires); Guès (médecin de la marine).

Officiers d'académie : MM. les Drs Auvergniot, Léon Basset, H.-J. Benoit, Bolognesi, Brossard, Bruchet, Cambours, Carlier, J.-J. E. Chevalier, Cornet, Coudoin, L. Coulon, Coutrest, Dagron, Damain, R. Faure-Miller, Ferrier, Furet, Gourichon, Guyard, Hellot, Hischmann, Isaac, R. Jay, Josephson, Lancelin. Legueu, Lepicard, Liandier, Mangin-Bocquet, Marque, Martinet, Mavrikos B.-J.-M. Mercier, Millon, G.-E.-E. Moutier, Péchin, Philippeau, Rieffel, Roeser, Saintu, Soudée, Touvenaint, Willemin (de Paris); Ballivet (de Gex); Bertrand (de Roanne); Bessette (d'Angoulême), Beudot (de Moloy-sur-Ignon): Bonnefoy (de Sallanches); Bouche (d'Argenton-sur-Creuse); Bourreterre (de Dax); E. Boussac (d'Albi); Calmeilles (de Cazals); Cestan (de Gaillac); Chastenet et de Lagorce (de Puteaux); Chevalier (de Saint-Agnant): Comoz (de Rumilly); Coronat (de Gap); Coutemoine (de Morteau); Darroux (de Lagarde); Darroux (de Cousolre); Dermigny (de Saint-Simon); Dezautière (de la Machine); Dupérié (d'Agen); Fournier (de Conques); Frelon (des Hermites); Gervais (de Saugues); Giquel (de Vannes); Gradelet (de Brignoles); E. Gratiot (de la Ferté-sous-Jouarre); J. Gros (de Lyon); Grosjean (de Montmirail); R. Hervey (de Troyes); A.-M.-J. Imberdis (d'Ambert). Jardel (de Remiremont); Labat (de Manzac); Lafforgue (de la Tresne), Lagrange (de Fleurie); M.-J.-A. de Langenhagen (de Cannes); Lecene (du Havre): Lougnon (de Lignerolles); Maguin (de Château-la-Vallière); Malteste (de Ruffec), Massin (de Vaucouleurs); Menut (de Vernoil le-Fourrier): Métoz (de l'Isle-sur-le-Doubs), Mossel (de-Tric-sur-Baise); Ogier (de la Verpillière); Pecl (de Verrières-le-Buisson): Piazza (de Coti-Chiavari); Poueydebat (d'Aramits); Poulin (d'Hautot); Rancurel (d'Uzès); Raynaud (des Essarts); Reynaud (d'Aigues-Mortes); Rivière (de Lanta); Senebier (de Mens); Signoret (de Saint-Paul-sur-l'Ubaye); Soueix (de Saint-Girons); Vaquier (de Villiers-sur-Marne); Verneuil (de Saint-Amand); Wimy (de Pierrepont-en-Laonnois); Charvot, H.-P.-A.-A. Fournié, Huguet, Lacronique, J.-J.-H. Petit (médecins militaires); Comme (médecin de la marine); Mme Magnus, docteur en médecine à Paris — M. le Dr Edouard Carrier, médecin de la maison de Saint-Jean-de-Dieu de Lyon, est nommé chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

RÉCOMPENSES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes désignées ci-après, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion d'accidents cholériformes, qui s'étaient produits à bord du paquebot l'*Ernest-Simon*, en septembre 1896. *Médaille d'argent* : M. le Dr Peigné, médecin sanitaire maritime. — *Médailles de bronze* : M. Mourice (Adrien), infirmier du bord: M. Canne (Paul), premier garçon.

Le Ministre de l'Intérieur a décerné la médaille d'honneur des épidémies aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve dans l'exercice de leurs fonctions. *Médaille d'or* : M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général du service d'assainissement et de salubrité de l'habitation de la ville de Paris. — *Médailles d'argent* : M. Demoget, contrôleur du service de la désinfection; M. Hanniquet, chef de station, titulaire d'une médaille de bronze à l'occasion du typhus en 1893 ; M. Gillot, chef de station, titulaire d'une médaille de bronze à l'occasion du typhus en 1893. — *Rappel de médaille de bronze* : M. Oswald, désinfecteur de première classe (titulaire d'une médaille de bronze à l'occasion du choléra de 1892). — *Médailles de bronze* : M. Cueye, chef de station ; M. Spangemberg, désinfecteur de première classe ; M. Bastide, désinfecteur de première classe; M. Klein, chef de station ; M. Thion, désinfecteur de première classe ; M. Creuzon, désinfecteur de première classe ; M. Gourion, désinfecteur de deuxième classe.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — M. Emile Level, maire du XVIIe arrondissement, est nommé membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. Charles Ferry, démissionnaire.

Legs. — Par décret, l'Assistance publique de Paris est autorisée à accepter le legs universel fait à cette administration par Mme veuve Guéroult, née Rose Mourot, à charge de fondation d'un établissement destiné à des jeunes gens de quinze à trente ans atteints de maladies de poitrine.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Questions orales posées : *Valvules auriculo-ventriculaires (droite et gauche); Rétrécissement mitral.—Cordon ombilical; Délivrance à terme — Rapports de la trachée ; Signes de la gangrène pulmonaire.*

Concours de Chirurgie. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 15 mars 1897. — Se faire inscrire du 8 au 26 février 1897.

HÔPITAL DE L'INSTITUT PASTEUR. — A propos de l'Institut Pasteur, annonçons que la décision prise par Mme Lebaudy, il y a déjà plusieurs mois, a reçu un commencement d'exécution. Des terrains contigus à l'Institut ont été achetés, sur lesquels on va édifier un hôpital particulier, absolument indépendant de l'Assistance publique, et destiné au traitement des maladies infectieuses par la sérothérapie.

INSTITUT NATIONAL DES SOURDS-MUETS. — *Visite du Président de la République.* — Le Président de la République, accompagné du général Tournier, secrétaire général de la présidence, et de M. Le Gall, directeur de son cabinet, s'est rendu la semaine dernière à l'Institution des sourds-muets, rue Saint-Jacques. M. Félix Faure a été reçu par MM. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique au Ministère de l'Intérieur, Debax, ancien préfet, directeur de l'établissement, les Drs de Lacharrière, Ménière, Tscherning et Jarre, du service de santé de la maison, et Denis, conservateur du Musée universel des sourds-muets.

LES CRÈCHES A PARIS. — Le samedi 16 janvier 1897 a eu lieu, à la mairie du IIe arrondissement, sous la présidence de M. Mesureur, l'inauguration de la crèche du Mail.

HÔPITAUX DE LYON. — Les concours pour une place de médecin titulaire de l'hospice de Crémieu s'est terminé par la nomination de M. le Dr Garcin, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

HÔPITAUX DE BEAUVAIS. — M. le Dr LEBLOND est nommé, après concours, médecin-adjoint des hospices.

NOMINATIONS. — M. le Dr THUAU est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Beaugé. — M. le Dr FLAMAND est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres de la bibliothèque de Montbéliard. — M. le Dr Marcel BAUDOUIN vient d'être nommé membre titulaire de l'*American Medical Publisher's Association*, dont le président est M. le Dr Landon B. Edwards. On sait que cette société professionnelle et technique est tout à fait comparable à l'*Association de la Presse médicale française*, et c[illegible] toute

américaine, grâce à l'infatigable énergie de son secrétaire, M. Ch. W. Fasset. — M. le Dr Marcel BAUDOUIN est nommé membre du Comité départemental de la Vendée pour l'Exposition de 1900.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'Hygiène sociale* professé à la Bourse du Travail, 3, rue du Château-d'Eau. — Sujet du cours : *L'Hygiène et l'Alimentation des travailleurs.* M. le Dr A.-J. Martin fera la leçon du samedi 23 janvier 1897, à huit heures et demie du soir à la Bourse du Travail, salle des Conférences, sur la salubrité des ateliers. La conférence pratique du dimanche 24 janvier 1897 aura lieu à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu, à neuf heures et demie du matin. Les cours et les conférences sont publics.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.— *Conférences de* 1897, les jeudis soir à 8 h. 1/2 très précises, du 21 janvier au 18 mars, au siège de l'Association, 28, rue Serpente, Hôtel des Sociétés Savantes. — *Programme des Conférences* : 21 janvier, M. L. de Launay. Le Transvaal et ses mines d'or (avec projections). — 28 janvier, M. Hourst. Du Sénégal au Dahomey (avec projections). — 4 février, M. L. Béguin. La Locomotion automobile (avec projections par M. La Valette). — 11 février, M. Julien Lefèvre. L'Acétylène, propriétés, applications industrielles (avec projections et expériences). — 18 février, M. L. Augé de Lassus. Les grands Sanctuaires de la Grèce: Delphes, Eleusis, Epidaure, Olympie, d'après les fouilles récentes (avec projections). — 25 février, M. le Dr Gilles de la Tourette. Mesmer et la Caricature au XVIIIe siècle (avec projections). — 4 mars, M. C. M. Gariel. La Vision et la Photographie par les rayons Rœntgen (avec projections et expériences).— 11 mars, M. H. Cuénot. Excursion dans le Valais: Val d'Anniviers, Evolena, Grand Saint-Bernard (avec projections). — 18 mars, M. Jacques Passy. L'industrie des Parfums (avec expériences).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — La Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris, vient de constituer son bureau pour l'année 1897, de la manière suivante : président, M. Séailles; premier vice-président, M. Gourichon; deuxième vice-président, M. Binsenstein; secrétaire général, M. le Coin; secrétaire général adjoint, M. Billon; trésorier, M. Kinzelbach; archiviste, M. Meugy; premier secrétaire annuel, M. Dufournier; deuxième secrétaire annuel, M. Pascal; conseil de famille, MM. Rotillon, Dusseaud et de Pradel.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Le Ministre de l'Intérieur a approuvé les statuts de la Caisse des veuves et orphelins des membres de l'Association de prévoyance et de secours mutuel des médecins de France. Cette caisse nouvelle peut donc recevoir les dons et legs qui permettront de hâter le moment où elle fonctionnera utilement.

INSTITUTS CONTRE LA RAGE. — La station Pasteur, de Tiflis, depuis son installation, a traité 956 personnes. Sur ce nombre, 21 seulement sont mortes ; parmi ces dernières, une seule avait subi le traitement complet.

EPIDÉMIE DE CONJONCTIVITÉ. — Une épidémie de conjonctivité très grave vient d'éclater à Charlottenbourg, près de Berlin, parmi les élèves officiers de l'Ecole d'application d'artillerie et du génie. L'Ecole a été provisoirement fermée. Une soixantaine d'élèves sont atteints; quelques-uns si sérieusement qu'on appréhende qu'ils perdent la vue.

UNE FACULTE DE MÉDECINE A MADAGASCAR. — Le correspondant du *Temps* à Madagascar annonce la création prochaine, à Tananarive, d'une Faculté de Médecine à l'usage des jeunes Malgaches! — Une telle Faculté était-elle bien utile? Il nous semble qu'il aurait été plus simple d'aider de jeunes praticiens français voulant aller à Madagascar, que de vieux professeurs... malgaches, s'il en existe.

AGENDA MÉDICAL. — Vient de paraitre, l'Agenda Médical, édité par la Compagnie de Vichy, à l'usage exclusif du corps médical. Il est disposé pour une comptabilité médicale pratique. Ceux de nos lecteurs qui ne l'auraient pas reçu n'ont qu'à écrire à la Compagnie de Vichy, 24, boulevard des Capucines, qui leur en fera envoi gratis et franco.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LESCUYER, (de Verdun-sur-Meuse), décédé brusquement à l'age de 62 ans. — M. le Dr GARRETTE (de Lyon), reçu en 1881. — M. le Dr ISENBERG, (de Cette). — M. le Dr LECERF (de Valenciennes). — M. le Dr Luigi CALORI, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bologne. — M. le Dr Giuseppe MADRUZZA, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Pérouse. — M. le Dr Mariano PANTALEO, professeur émérite d'obstétrique à la Faculté de médecine de Palerme. — M. le Dr D. José Moria VILCHES, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Cadix. — M. le Dr R. MANSER, professeur de médecine au Grant Medical College de Bombay. — M. le Dr William H. PANCOAST, professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale au Medico-Chirurgical College de Philadelphie. — M. le Dr Théodore G. WORMLEY, professeur de chimie et de toxicologie au Medical Department of the University of Pennsylvania de Philadelphie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. François-Eugène PÉGAND, homme de lettres, chevalier des Saints Maurice et Lazare, comme dit la lettre de faire-part. Il est décédé à Broût-Vernet, le 2 janvier 1897, dans sa soixante-quinzième année. Pégand fut étudiant en médecine; il a même été externe des hôpitaux et a fait une année d'externat (1852) à Bicêtre, dans le service de Delasiauve. Il devait sa décoration, croyons-nous, à la part qu'il avait prise à la campagne des *Mille*. La qualification d'homme de lettres est justifiée par ses nombreuses chansons, dont quelques-unes sont restées classiques au Quartier-Latin, entre autres la *Grisette du Quartier-Latin*. B.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules VOISIN commencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales, le jeudi, à 10 h. du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE.— M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*: M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE.—MM. Gilbert BALLET et E. BRISSAUD reprendront leurs leçons cliniques annuelles sur les *maladies du système nerveux* les jeudis et dimanches à 10 heures. M. Brissaud commencera le jeudi 21 janvier et continuera les jeudis suivants à 10 heures. M. Gilbert Ballet commencera le dimanche 24 janvier et continuera les dimanches suivants à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

SÉRIE. T. V. N° 5. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 30 JANVIER 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — CLINIQUE DE M. LE Pr TILLAUX.

Épithélioma de la face.

Leçon recueillie par M. Victor VEAU, interne du service.

Messieurs,

La malade dont je vais vous entretenir a une affection bizarre qui mérite de nous arrêter. L'affection qu'elle présente remonte à quinze ans.

Dans ses antécédents héréditaires je ne trouve aucune trace de néoplasme. Elle-même n'a jamais été malade. En 1880 débutait l'affection qui l'amène près de nous. Elle s'aperçut par hasard qu'elle portait sur la pommette gauche une petite tache noire. Cette tache, absolument indolente, ne la préoccupa pas beaucoup. Cependant la tache augmente, devient saillante, laisse suinter un peu de sang. En 1891, elle vint me trouver à l'Hôtel-Dieu. Elle avait, je m'en rappelle bien, une tumeur du volume d'une petite noix. J'en fit l'extirpation qui fut des plus faciles et la malade guérit en quelques jours. Elle conserva à la partie supérieure de son incision un point noir. Je le connaissais ce point noir, de propos délibéré je n'en fit pas l'ablation pour limiter le traumatisme et pour ne pas avoir à redouter l'ectropion, car la paupière était proche.

La malade resta plusieurs années absolument guérie et ce n'est qu'en 1895, quatre ans après mon intervention, que réapparut une nouvelle tache. Elle se développa à la partie inférieure de ma première incision, à deux centimètres au-dessous de la précédente. Bientôt la tache se suréleva, forma tumeur. En même temps, la malade ressentit de légères douleurs, sorte de brûlures d'élancement. Puis la tumeur saillante laissa suinter un liquide roussâtre, quelquefois franchement hémorragique. Elle se décida à retourner auprès de son chirurgien et je la vis le 13 janvier 1897.

Je trouve à la partie toute supérieure, au niveau de la saillie de la pomette. les restes de ma première intervention. petite tache de couleur noir très vif en avant, noir-jaunâtre en arrière. Cette tache ne présente aucune surélevation ; elle est simplement un peu dure au toucher.

A deux centimètres au-dessous, à peu près au niveau de l'aile du nez, existe la tumeur en question. Elle a le volume d'une pièce de 2 francs est très irrégulière. Sa couleur est noir pur en avant. noir-jaunâtre en arrière. Elle fait une saillie à sa partie postérieure, saillie élevée de quelques millimètres à bords irréguliers très découpés. La partie inférieure de la saillie est exulcérée, de couleur plus jaunâtre. elle laisse suinter une sérosité noirâtre qui se prend en croute.

Nous sommes donc en présence d'une affection ancienne, puisqu'elle remonte a 17 ans. Je puis vous dire que nous sommes en présence de mélanose ; le fait n'est pas douteux. M. Pilliet, du reste, mon chef de laboratoire, en a gratté un fragment et a affirmé la nature melanique de l'affection. Je puis vous dire aussi que c'est un épithélioma. Je ne puis vous dire si la première tumeur enlevée était de la même nature, je ne m'en rappelle pas. Mais pour le moment nous sommes en présence d'un épithélioma développé sur une plaque mélanique, c'est là un fait que l'on pourrait rapprocher du cancer de la langue, se développant sur une plaque de psoriasis. Ce sont des phénomènes connexes et absolument comparables.

Mais cet épithélioma mélanique est un fait exceptionnel, car vous connaissez la malignité, la rapidité de généralisation de tous les néoplasmes mélaniques. Il nous présente donc un caractère exceptionnel, c'est sa bénignité. Pourquoi cette bénignité? Oh ! nous savons bien peu de chose. Le microscope qui nous a donné sur la structure des renseignements si curieux, est absolument muet sur cette question de haut intérêt. Voilà une tumeur qui a la même structure qu'une verrue, qu'un cor au pied, que cette affection bizarre désignée sous le nom de crasse des vieillards. Elles sont toutes formées de cellules épithéliales, c'est la même cellule nous dit le microscope. Pourquoi l'accumulation du même élément est-elle ici des plus malignes et là extraordinairement bénigne? Pourquoi ici les cellules s'enfoncent-elles dans les tissus, les détruisant rapidement, tandis que là elles restent superficielles, ne créant qu'une affection purement locale? Pourquoi, nous n'en savons rien, absolument rien. Le microscope ne peut nous l'apprendre actuellement. Est-ce une question de terrain? Est-ce une question de structure ? Je ne sais, et personne ne pourra vous le dire.

Je voudrais profiter de cette malade pour vous dire quelques mots des épithélioma de la face. Certains d'entre eux présentent une bénignité très marquée. Parmi ces épithélioma de la face, je range ceux des joues, des paupières, de l'angle interne de l'œil, mais non ceux des lèvres qui possèdent la malignité redoutable des épithélioma des muqueuses des orifices.

Ces épithélioma ont pour caractères communs d'être à marche très lente. Ils n'envahissent pas les lymphatiques. La malade dont je vous parle est d'une santé parfaite ; ses ganglions sont absoluments intacts, nous sommes loin de cette malignité, de cette généralisation rapide que présentent certains épithélioma, ceux des bords de la langue en particulier.

Ces épithélioma qui sont à marche lente peuvent-ils guérir spontanément? Vous verrez dans tous vos livres que la guérison de l'épithélioma est une chimère. Cette règle, qui est vraie d'une façon générale, mériterait peut-etre une exception, en faveur de la classe qui nous occupe. J'ai vu des guérisons spontanées.

Vous êtes trop jeunes pour avoir entendu parler du Dr Noir, le fameux médecin qui guérissait les cancers. Il avait eu la chance de soigner et de guérir Sax, le fameux marchand d'instruments, atteint d'épithélioma cutané de la face. Il eut une vogue extraordinaire. A sa porte était une file de voitures à deux et quatre chevaux. Tout le Paris cancéreux défila dans son cabinet. Pour arrêter cet emballement, il fallut que Velpeau lui proposât de lui confier le cancer qu'il choisirait. Le malheureux docteur accepta, ses malades naturellement moururent

peut-être un peu plus vite que les autres. Ce fut la fin de sa fortune.

Moi-même, j'ai vu la mère d'un de nos jeunes confrères, actuellement grand dignitaire de la médecine. Il y a 20 ans, elle portait un petit épithélioma de la joue. Le traitement qu'on lui fit fut bien anodin; il consista en cataplasmes de fécule de pomme de terre, et la malade guérit.

Quand j'étais jeune, je voyais, à la Faculté, un employé de bureau qui portait un épithélioma de l'angle interne de l'œil. Toutes les fois que Velpeau le voyait, il lui disait de ne pas garder cela. Cet homme ne voulut rien entendre et il guérit complètement.

Il y a donc des épithélioma de la face qui peuvent guérir spontanément. Je veux encore vous donner comme preuve les statistiques de Czerny. Sur 12 épithélioma des paupières, Czerny en compte : 7 guéris sans récidives, 3 morts d'affection intercurrente et 2 vivants sans récidives. Sur 38 épithélioma du nez : 20 guéris sans récidives, 3 morts de récidives, 7 morts d'affection intercurrente, 3 guéris sans nouvelle intervention, 5 vivants avec récidives. Sur 20 épithélioma de la joue : 10 guéris sans récidives, 6 morts de récidive, 3 morts d'affection intercurrente, 4 morts de cause inconnue, 3 partis sans nouvelles, 3 vivants avec récidives.

Vous le voyez, le pronostic de cet épithélioma n'est pas comparable à celui des cancers du rectum, de la langue où je ne connais pas de guérison.

A propos du nez, je ne veux pas comprendre ici les épithélioma de l'aile du nez, qui sont des épithélioma des muqueuses et plus graves, mais seulement des épithélioma cutanés, développés sur la face cutanée. A leur occasion, je veux vous dire que si vous appliquez sur eux des caustiques, il faut les surveiller avec beaucoup d'attention dans la crainte d'ouvrir les fosses nasales. J'ai vu ainsi une femme soignée par un jeune confrère. Elle était dans un état lamentable et je dus faire une opération difficile et laborieuse pour fermer l'orifice.

Les épithélioma de l'angle interne de l'œil méritent d'être classés dans les épithélioma de la face. Il ne faudrait pas comparer ceux-ci à ceux des commissures labiales, par exemple ; il n'y a pas l'ombre de rapprochement. Je connais peu de cancers aussi graves que ceux des commissures labiales. Tandis que ceux de l'angle interne de l'œil ont une marche très lente, qu'ils se développent dans la peau par la muqueuse de la caroncule, ils marchent lentement et surtout ils ne se généralisent pas; ils récidivent sur place. Je me souviens très bien avoir opéré jusqu'à sept fois un homme qui vit encore. Vingt ans avant la dernière intervention, je lui fis l'ablation d'un épithélioma ; je dus faire et refaire de nouvelles opérations, dont quelques-unes très graves, puisque je fus contrains de lui enlever le globe de l'œil. Malgré cela, il se porte très bien.

Chez notre malade, mon intention est de faire une intervention des plus simples. Je me contenterai de faire l'anesthésie à la cocaïne; puis je circonscrirai ma petite tumeur par une incision elliptique. Je l'enlèverai et je suturerai. Je laisserai la partie intérieure et la partie supérieure, qui ne sont pas de l'épithélioma.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Internat.* — Le Conseil général de la Seine, considérant que le mode de recrutement des internes en médecine dans les asiles d'aliénés de la Seine est défectueux, a décidé qu'une commission speciale sera chargée d'étudier les moyens de réformer l'institution du corps de l'internat dans lesdits asiles.

CHRONIQUE MÉDICALE

Capsule surrénale aberrante du ligament large ;

Par MM. A.-H. PILLIET et Victor VEAU (1).

Malgré les recherches de Rauber et d'autres embryologistes, l'origine des capsules surrénales est encore obscure. Elles paraissent se développer dans un tissu mésodermique, dans ce qui représente le stratum vasculaire, et peuvent, par conséquent, être rencontrées dans des points différents de l'arbre sanguin primordial et se trouver entrainées le long des artères émanant de cet arbre, dans un certain nombre de directions variables en apparence, mais constantes en réalité. Leurs connexions avec le tube digestif expliquent ce fait que l'on rencontre surtout sur l'aorte descendante les productions aberrantes de la capsule surrénale. De même, les glandules accessoires de la thyroïde, si bien étudiées par M. Gley, suivent le trajet connu des artères du cou et se déplacent avec ces artères.

La capsule surrénale, ou les éléments qui la représentent, se rencontre dans une série d'organes. D'abord le rein, ensuite les organes génitaux, enfin le plexus solaire. L'aberration de débris de capsules est si fréquente, que l'un de nous, confirmant le reste des recherches déjà connues et que nous allons citer, a retrouvé des fragments capsulaires dans le plexus solaire, l'épididyme et sous la capsule du rein. Il manquait, non à la science, mais à la collection individuelle de l'un de nous, la présence d'une capsule surrénale dans l'épaisseur du ligament large, et comme les faits de ce genre ne sont pas fréquents, parce qu'on ne les recherche pas et que l'examen histologique seul peut faire reconnaitre la véritable nature d'un noyau glandulaire, puis toujours pour un ganglion, même par les auteurs les plus attentionnés à leurs autopsies.

OBSERVATION prise par M. Victor VEAU, interne du service de M. le Pr TILLAUX, à la Charité.

Madeleine B... entre le 21 novembre 1896, á l'hôpital de la Charité dans le service de M. le Pr Tillaux, salle Gosselin, numéro 12. Le ventre est très ballonné, le pouls est petit, filiforme : 120 pulsations par minute. La respiration difficile. L'état d'anémie est intense; le facies très greffé. La malade, qui a 21 ans, semble en avoir plus de 40. Des efforts de vomissements l'agitent sans cesse. Par le vagin, il s'écoule un peu de sérosité rougeâtre. Le toucher vaginal montre immédiatement un col mou, légèrement entrouvert. Le culs-de-sacs sont légèrement tendus, l'utérus peu mobile. Le palper bimanuel ne peut être pratiqué en raison du ballonnement du ventre et des douleurs qu'il provoque. La température, prise immédiatement, est de 39°,3. Après un interrogatoire minutieux et difficile, on apprend que cette jeune fille avait eu un retard de règles de quatre mois, huit jours avant son entrée elle a eu des pertes abondantes en caillots. Sous quelle influence? Il a été impossible de le préciser. La malade a continué son métier de modiste pendant neuf jours encore, malgré l'abondance de ses pertes, puis elle s'est alitée. Elle est restée au lit pendant trois jours, souffrant peu, perdant moins, ne faisant pas d'injection. Elle pensait déjà à se lever, quand, cinq jours après ses pertes, trois jours avant son entrée, elle eut un grand frisson suivit bientôt de fièvre. C'est à partir de ce moment que le facies s'est altéré. La fièvre a persisté, des vomissements ont apparu, les douleurs se sont beaucoup aggravées, c'est ce qui décide son entourage de l'amener à l'hôpital.

En résumé on était en présence d'une péritonite puerpérale des mieux caractérisées et à marche rapide. On fait un curet-

(1) Travail du Laboratoire de Clinique chirurgicale de la Charité. — Un résumé de cette communication a paru dans les Bulletins de la *Société de Biologie* du 22 janvier 1897.

tage qui montre un utérus peu volumineux et ne ramène que de petits débris insignifiants sans mauvaise odeur. Injection sous-cutanée de 400 c c. de sérum. Le soir de son entrée la température monte à 40°,3 ; la malade a vomi toute la journée et l'écoulement par le vagin a été peu abondant. Nouvelle injection de sérum : 500 c.c. Le lendemain, la température est à 39°,2 le matin ; 40°,1 le soir. Légère amélioration.

Mais la nuit, l'état s'aggrave, le ventre se balonne de plus en plus, la respiration est des plus pénibles et très douloureuse. Le lendemain matin l'état est des plus graves. Elle a complètement perdu connaissance. M. Tillaux, pour tenter l'impossible, permet a M. Souligoux de faire un lavage du péritoine. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A peine l'aponévrose était-elle incisée qu'une odeur infecte se dégage. Après ouverture du péritoine, il s'écoule une quantité considérable de pus blanc jaunâtre ; les anses intestinales se présentent à l'orifice recouvertes de fausses membranes jaunâtres. Lavage à l'eau bioxydée. La malade ne reprend pas connaissance, meurt deux heures après l'opération, trois jours après son entrée le 21 novembre 1896.

Autopsie le lendemain matin. — La ligne de suture est bien réunie, déjà adhérente. Les anses intestinales sous-jacentes sont vascularisées, dépolies, recouvertes encore de fausses membranes jaunâtres mais relativement en bon état. Dans la fosse iliaque droite, un abcès renfermant une quantité abondante de pus crémeux, que l'on peut évaluer approximativement à 300 ce. Cet abcès était limité en haut par des anses agglutinées mais faciles à isoler.

En dedans, l'abcès communiquait avec une masse de pus remplissant en entier le cul-de-sac postérieur ; l'utérus reporté en avant était en ante-version. Quand on avait enlevé le pus contenu dans le cul-de-sac de Douglas, on trouvait en avant un mur épais gris jaunâtre bien limité, mais laissant suinter le pus de partout. Ce mur était les ligaments larges très épaissis, large de 4 à 5 centimètres, leur bord supérieur atteignait le détroit supérieur ; l'ovaire était méconnaissable. En sectionnant le ligament gauche on reconnaît dans son épaisseur trois vaisseaux remplis du même pus que celui que contenait le cul-de-sac postérieur. Ces vaisseaux dilatés ont un diamètre de plus de 2 centimètres, ils sont entourés de tissus jaune rougeâtre renfermant des logettes purulentes. Mais sur cette tranche se détache nettement un noyau, il se détache par sa couleur jaune brun tirant sur le noir, plus foncée au centre qu'à la périphérie, par ses bords très nets et faciles à limiter. Il mesure 12 mm. de haut sur 9 de large. Il est situé à peu près au centre du ligament au-dessous des vaisseaux dilatés. Les connexions avec les vaisseaux avec l'organe à Rosenmuller n'ont pas été recherchées.

Examen histologique par M. PILLIET chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité.

A. — *Les coupes de l'utérus* colorées à la thionine nous montrent une couche de pus contenant des cellules gigantesques et en voie de nécrose à la place du revêtement endothélial normal de l'utérus. Au-dessous, les lymphatiques utérins sont injectés de cellules rondes et engainées de cellules semblables dont on ne peut reconnaître le point de départ (cellules leucocytes ou cellules fixes). Mais cette propagation au tissus utérin de la phlegmasie peritonéale ne dépasse pas un demi-millimètre d'épaisseur sur les coupes pratiquées aux points recouverts de néo-membranes purulentes et adhérentes. Nous notons ce fait en passant, car il montre une fois de plus que la propagation des lésions infectieuses au parenchyme par les séreuses est toujours tres limitée, très lente.

B. — *Les coupes de la capsule* ont montré que sa limite externe n'etait pas nette. Il faut lui reconnaître une paroi d'enveloppe toute nouvelle, bien en rapport avec sa situation, et qui permettrait à elle seule de reconnaître une capsule surrénale developpée dans le ligament large.

D'abord il n'existe pas de limite fixe entre la capsule et les tissus ambiants. La phériphérie de la coupe est constituée par des sinus veineux larges et dilatés, gorgés de sang, presque érectiles d'aspect. Ces veines sont entourées d'un lacis extrêmement epais de fibres lisses du ligament large et les muscles se prolongent dans la glande, jusqu'à sa portion médullaire, de sorte que la lobulation qu'on constate à l'œil nu est causée par des tractus de fibres musculaires lisses qui vont en s'amincissant, de la périphérie au centre fibro vasculaire sur lequel ils s'insèrent.

Cette singulière disposition de l'enveloppe de la surrénale suffirait à elle seule sur une coupe et pour un histologiste non prévenu, pour faire reconnaître une capsule aberrante développée dans le ligament large, au milieu des muscles plexiformes de Rouget.

On trouve sous ce lacis musculo-vasculaire la couche corticale de la capsule, constituée par quelques vésicules de Grandry allongées ou arrondies à la périphérie et sur les tubes ordinaires formant la masse principale de l'organe. Ces tubes sont très longs, leurs cellules sont polygonales, à noyau sphérique et petit, elles contiennent de nombreuses granulations graisseuses qui donnaient à l'organe une teinte jaune, analogue à celle de la graisse de bœuf, mais pas de pigment brunâtre en aucun point du tube. La zone pigmentaire n'existe donc pas. La malade était du reste fort jeune (21 ans).

De place en place, dans le sens de la longueur, un certain nombre des tubes sont nécrosés, leurs cellules sont petites, irrégulières, leurs noyaux ne se colorent plus, et, par suite du retrait de chaque élément, les espaces intercellulaires sont fortement accusés. Il existe une accumulation notable de petites cellules rondes, migratrices, autour de ces éléments nécrosés.

La substance médullaire de la capsule est très développée au premier aspect, mais ce développement n'est qu'apparent. Au microscope on constate qu'elle est constituée par un tissu conjonctif lâche, œdématié, nécrosé, rempli de cellules chargées de pigment sanguin et de débris de pigment d'un brun verdâtre. Par places, ce tissu est purement fibreux, en d'autres points il est constitué par des cellules étoilées très fines. Toute cette trame est d'ailleurs infiltrée d'hémorragies diffuses considérables, anciennes ou récentes. On n'y voit pas de ganglions nerveux distincts.

Conclusions. — Au point de vue *histologique*, cette capsule présente ses caractères complets, substance corticale et substance médullaire, et ne peut être méconnue. Il est à remarquer qu'elle présente des lésions tout à fait semblables à celles du rein succenturié en place dans les infections aiguës, telles que celle à laquelle a succombé la malade. Elle a donc été troublée dans ses fonctions physiologiques par la maladie, et, par conséquent, elle participait à la vie commune de l'individu.

Au point de vue *embryologique*, les fragments de la surrénale suivant les vaisseaux, on devra les trouver dans l'abdomen, comme nous l'avons dit au début, et en particulier dans les organes dénués du corps de Wolff qui se sont développés en même temps que la surrénale et en ont entraîné des débris avec eux. C'est ainsi qu'on doit les retrouver dans le *parovarium* avec ses deux portions : organe de Rosenmuller, ou épididyme, et organe de Giraldès. Ces organes n'existent chez l'adulte qu'à l'état de vestiges dans l'épaisseur du ligament large et c'est là, qu'en effet, Marchand de Marburg, a signalé en 1889 leur présence à l'état de nodules microscopiques chez des nouveau-nés. Ces observations ont été confirmées par Chiari et par Grawitz ; mais il ne s'agissait pas de capsule aussi nette, aussi volumineuse que la capsule observée par nous.

L'un de nous a eu l'occasion d'indiquer les principaux faits bibliographiques relatifs à cette question dans un article du *Progrès médical* : Pilliet « Débris de capsules surrénales dans les organes dénués du corps de Wolff » in *Progrès médical* 1894, p. [illegible]. Nous renvoyons le lecteur a cet article pour tout ce qui ne concerne pas les ligaments larges.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le niveau des examens à la Faculté de Médecine de Paris. Le remède.

La *Gazette des Hôpitaux* attirait, il y a quelques jours, l'attention sur ce fait très important et très intéressant, à savoir qu'à l'heure actuelle *tout étudiant en médecine* régulièrement inscrit à la Faculté de Paris, quels que fussent sa valeur intellectuelle et son travail, pouvait, — s'il passait régulièrement à la caisse des Ecoles —, être certain d'obtenir un jour son diplôme de docteur! Il lui suffisait donc de disposer de certains capitaux et d'avoir en poche un certain degré de patience et de bonne volonté...

Aujourd'hui, en effet, l'étudiant n'a qu'à se laisser vivre pendant six ans au quartier latin, entre les cafés et les laboratoires, pour pouvoir satisfaire la loi militaire, ses maitres, ses examinateurs et ses parents! D'ailleurs, les chiffres relevés par notre confrère le démontrent amplement. La proportion des étudiants arrêtés en cours d'études ne dépasse pas en effet 6 pour 1.000! (1).

Voici quelques données qui suffiront à éclairer nos lecteurs; elles ont trait à la proportion des refusés pour chaque examen et sont encore empruntées à la *Gazette des Hôpitaux*.

1er examen	38.96	0/0
2e examen, 1re partie (Anatomie)	22.70	»
— 2e partie (Physiologie)	13.73	»
3e examen, 1re partie (Pathol. externe)	13.50	»
— 2e partie (— interne)	15.13	»
4e examen (Thérapeutique, Méd. légale)	14.51	»
5e examen, 1re partie (Chirur., Accouch.)	7.39	»
— 2e partie (Médecine)	6.55	»
Thèse	0.33	»

Pour le premier examen, qui n'est pourtant pas en réalité un examen d'ordre médical, on est très sévère et, souvent, avec raison. Pourquoi ? Parce que la plupart des examinateurs ne sont pas des praticiens, des médecins exerçant ou des hommes à clientèle. Partant, ils sont peu accessibles aux recommandations pressantes et tiennent à se montrer, sinon sévères, du moins aussi justes que possible. Cela pour plusieurs causes, dont la principale est la défense de leurs propres intérêts, c'est-à-dire la justification de la place qu'ils occupent dans le corps enseignant; ce dont on ne saurait que les complimenter.

A l'examen d'anatomie, la proportion des refusés est à peu près la même pour des motifs sans doute identiques. Mais, dès la deuxième épreuve du deuxième doctorat, la proportion change; on n'a plus que 13.50 de refusés pour 100, c'est-à-dire la proportion habituelle pour tous les examens qui suivront. Je sais bien que cela tient en grande partie aux deux éliminations précédentes, qui ont fait abandonner les bancs de l'Ecole de Médecine aux insuffisants et aux paresseux notoires; mais il faut avouer, en outre, que les examinateurs de physiologie ne sont pas toujours des physiologistes et partant sont d'un. . coulant trop connu et trop apprécié par le monde des étudiants. De plus, les professeurs commencent déjà à se dire pour les candidats peu solides : « Laissons-le toujours passer cette fois; la physiologie est une science si accessoire pour un praticien! Nous le rattraperons plus tard. »

(1) *Gaz. des Hôp.*, 19 janvier 1897.

En réalité, on ne rattrape rien et on continue dans les mêmes errements. Au cinquième examen il y a, on le voit, moins de refusés encore! A quoi bon, en effet, arrêter un étudiant, qui a déjà quatre doctorats? Et puis la loi militaire — avec sa limite de 27 ans —, commence à menacer l'élève attardé! On se laisse fléchir. Arrivé à la thèse —, épreuve qui n'a plus le sens commun et qui devrait être supprimée depuis longtemps, comme nous n'avons cessé de le réclamer ici-même —, oh, alors! il ne s'agit plus que d'une simple formalité et je doute même que le chiffre donné, 0,33 (correspondant à *une thèse refusée* sur 300 présentées et par conséquent à deux par an pour la Faculté de Paris, où l'on reçoit environ 600 docteurs à l'année), soit l'expression de l'absolue vérité. Les statistiques sont si sujettes à caution! Mais passons.

On peut donc affirmer que désormais, en France, l'exercice de la médecine est libre, ou à peu près, pour tous les bacheliers! C'est une pénible constatation de la *Gazette des Hôpitaux*, et nous voilà revenus aux beaux jours, où, aux États-Unis, pouvait exercer l'art de guérir le premier fumiste venu, aux deux principaux sens du mot!

En conséquence, une réforme très sérieuse du système utilisé pour les examens s'impose dès aujourd'hui. C'est là un fait sur lequel tout le monde sera d'accord. Mais, où les divergences commenceront certainement à se produire, c'est lorsqu'on cherchera le remède capable d'agir efficacement sur le mal signalé.

Pour nous, le moyen thérapeutique est trouvé depuis longtemps; mais voudra-t-on jamais y songer ? Cela est peu probable, car il est bien peu en rapport avec les habitudes actuelles de nos Facultés de Médecine. En tous cas, le procédé auquel nous croyons qu'on doit avoir recours, c'est *la séparation radicale et complète du corps enseignant et du corps examinant*, comme cela se pratique actuellement dans nos grandes Ecoles du Gouvernement ou autres, système sur lequel notre rédacteur en chef, M. Bourneville, et plusieurs autres journalistes spéciaux ont attiré l'attention il y a plus de vingt ans déjà.

Le diplôme de docteur en médecine étant avant tout un titre professionnel, il y aurait un réel intérêt à ce que les examinateurs fussent choisis dans un milieu spécial, n'ayant rien ou presque rien à voir avec le corps des professeurs, qui sont d'abord des hommes de science par goût et par nécessité.

Ces examinateurs seraient pris, partie dans le corps des agrégés non chargés de cours, partie dans les sociétés savantes dont la compétence est reconnue ; on pourrait même y adjoindre, pour certaines matières en particulier l'hygiène, la médecine légale, la déontologie, etc.), des spécialistes, faisant partie ou non de nos administrations. Il demeurerait entendu qu'on ne pourrait être à la fois professeur professant et examinateur examinant. Mais rien n'empêcherait, le moment venu, l'agrégé examinateur d'être chargé à son tour d'un cours théorique ou pratique à la Faculté.

L'idée n'est pas neuve. Mais, précisément parce qu'elle est excellente, elle a bien des chances de languir longtemps encore dans les cartons du Ministère. M. B.

Le Service médical de nuit.

Depuis plusieurs années, grâce à l'initiative du Dr Passant, la Préfecture de police avait organisé un service médical de nuit qui donnait toute satisfaction à la population parisienne. Tout médecin pouvait être inscrit sur la liste des médecins de nuit dans le quartier où il avait fixé son domicile. Chaque fois qu'un de ces médecins inscrits était requis par un agent de police, il touchait un bon de 10 francs pour une visite simple et un de 20 francs pour les interventions obstétricales. Tout malade pouvait avoir recours au service de nuit, l'administration se réservait de faire percevoir les frais de visites et de médicaments chez les malades non nécessiteux; mais le bon de 10 francs payé au médecin à la caisse de la Préfecture de police assurait à ce dernier des honoraires.

Les avantages du système du Dr Passant ne sont guère à démontrer. Un service public indispensable dans une ville comme Paris était organisé d'une façon très libérale, sans création de nouveaux fonctionnaires. Le nombre des médecins inscrits permettait à ces derniers d'assurer sans fatigue cet important service.

Cette organisation, en 1896, grevait le budget de 145,000 francs. Les Parisiens, pour un peu moins de *deux sous par tête et par an*, pouvaient compter sur les soins médicaux durant toutes les nuits; ils étaient satisfaits et les médecins convenablement rétribués ne réclamaient pas.

Dire que tout était parfait serait trop dire. Les gens riches remboursaient rarement les honoraires des médecins de nuit à la ville de Paris, qui, selon une vieille habitude, mettait une certaine mollesse à réclamer ce qui lui était dû. Les ivrognes, les détraqués abusaient de secours qui leur étaient inutiles. Et, disons-le aussi, quelques très rares médecins louches profitaient de la complaisance intéressée d'agents subalternes de l'administration et de clients nécessiteux pour élever le nombre de leurs visites nocturnes. Ces abus n'étaient pas bien graves, et, en y tenant tant soit peu la main, l'Administration aurait pu y remédier.

Pourquoi l'administration et le Conseil municipal ont-ils modifiés cet état de chose? Nous ne croyons guère que les 45.000 francs d'économies à réaliser aient été le seul mobile de la désorganisation du système du Dr Passant.

M. le Préfet de police décida hâtivement qu'un certain nombre de médecins seraient chargés du service de nuit dans leur quartier, moyennant une indemnité fixe variant de 600 à 800 francs. Ces médecins qui, dans la plupart des arrondissements, devaient être de garde huit jours sur quinze, seraient à la disposition des agents chargés de les requérir, de 10 heures du soir à 7 heures du matin en hiver, et de 11 heures du soir à 6 heures du matin en été. Les accouchements devaient être encore indemnisés par un bon de 20 francs avec ce nouveau système, et les médecins des bureaux de bienfaisance devaient de préférence être choisis pour remplir ces fonctions. Avec beaucoup de raison, la Société médicale des bureaux de bienfaisance répondit aux avances de M. le Préfet de police, qu'un médecin de l'Assistance surchargé de besogne durant le jour, ne pouvait assurer régulièrement un service de nuit. Du reste, il était évident qu'avec la moindre épidémie, l'homme le plus vigoureux ne pouvait passer quinze nuits par mois sans repos, après avoir couru et monté les étages durant toute une journée.

Dans les arrondissements du centre, le nouveau service fut facilement organisé sur le papier, beaucoup de docteurs acceptèrent, pressés par l'administration, qui ne pouvait encore leur donner de renseignements précis. Mais dès le début de l'application du nouveau système, les démissions plurent à la Préfecture; le service fut désorganisé, les journaux politiques s'en mêlèrent; on parla de grève, mot qui n'entra jamais dans la bouche de nos confrères, puisque les démissionnaires s'offrirent pour assurer momentanément le service.

Le Syndicat des Médecins de la Seine et le Conseil des Sociétés médicales d'arrondissements se sont émus. Le Conseil municipal songerait, dit-on, à modifier une organisation hâtive et inapplicable. Peut-être ferait-on mieux de revenir à l'ancienne organisation? Et avec un contrôle plus consciencieux, un meilleur système de recouvrement des honoraires auprès des malades non nécessiteux, la Ville de Paris, nous n'en doutons pas, réaliserait les 45.000 francs d'économies qu'elle désire, tout en donnant une très juste satisfaction au corps médical.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 Janvier 1897. — Présidence de M. Gley.

M. Chantemesse fait une communication fort longue et fort étudiée sur *l'étude expérimentale de la toxine du bacille d'Eberth*. Dans les cas d'expérience, le lapin succombe très rapidement avec des doses légères. Les cobayes sont beaucoup plus résistants. En revanche, les grands quadrupèdes, le cheval, le mouton, soumis à l'inoculation intraveineuse de toxine filtrée, se montrent très sensibles. La diarrhée apparait très vite et prend le caractère des selles jaunâtres des typhiques. En intoxiquant à faibles doses des animaux, on communique au sérum de leur sang des propriétés antitoxiques. M. Chantemesse a essayé d'utiliser sur des malades typhiques les propriétés du sérum, et en fera l'objet d'une prochaine communication.

M. Mégnin a étudié une *maladie des lièvres* sévissant en Alsace, surtout du côté de Niederbronn. Cette maladie est causée par la présence d'un strongle spécial en grande quantité dans les bronches. Les embryons du strongle occupent les culs-de-sacs aériens. Il est à noter que les lièvres examinés et trouvés porteurs de strongles portaient en même temps les tœnias intestinaux, ce qui est rare chez cet animal.

M. Remy a obtenu par les *méthodes photographiques de Rœntgen* des photographies de muscles injectés auparavant à l'aide d'une solution de nitrate d'argent, ou simplement macérés dans une solution argentique. Les muscles s'accusent très nettement par la photographie, et leurs insertions surtout prennent un relief très saisissant.

M. Arthaud (de Nancy) communique un certain nombre d'observations d'*intoxications par les tisanes* ou préparations végétales ou même par le fait de conserver des fleurs, des lauriers roses principalement dans les pièces d'habitations.

M. Charrin dépose sur le bureau de la Société un exemplaire de son livre, *les Poisons des tissus*.

M. Weiss présente un *régulateur d'étuve basé sur l'emploi de la tension de vapeur*.

M. Thomas décrit un nouveau groupe de *faisceaux médullaires allant des cordons postérieurs* et *du faisceau de Flechsig au cervelet.*

M. François Franck a étudié expérimentalement le *mécanisme des accidents suivant les épanchements de liquide dans le péricarde.*

Ces épanchements agissent en comprimant le cœur : c'est là un fait établi. Mais il s'agit de déterminer sur quelle partie du cœur agit la pression. L'expérience montre que le point faible du cœur c'est l'oreillette. Elle n'a pas de résistance active, et sa résistance faiblit quand la pression intra-péricardique est supérieure à la pression veineuse intra-auriculaire. Mais il faut tenir compte de ce fait que la compression amène la réplétion du système veineux, l'augmentation de tension dans l'oreillette et le rétablissement de l'équilibre, d'où pour un temps le retour des fonctions du cœur caractérisé par la réapparition du pouls. C'est le phénomène du pouls paradoxal. D'autre part, l'aspiration thoracique s'exagère chez l'animal en expérience, par accumulation de sang veineux dans les centres nerveux supérieurs; et cette aspiration même diminue la pression exercée sur le cœur, c'est encore là un phénomène de défense dont le type physiologique se retrouve dans la dyspnée à longues inspirations des péricardiques.

M. Broca fait une communication sur la *persistance des images rétiniennes.*

MM. Paul Claisse et O. Josué. — *Recherches expérimentales sur l'anthracose pulmonaire.* — Dans deux communications antérieures, nous avons publiés une partie de nos recherches dont nous donnons aujourd'hui les conclusions générales. 72 animaux ont été mis en expérience pendant dix mois. Les uns sont seulement rendus anthracosiques; chez les autres nous créons en outre divers états morbides. — 1° *Conséquences de l'anthracose simple.* L'examen histologique prouve que les particules de charbon disséminées ou groupées par amas dans le parenchyme pulmonaire ne déterminent pas de réaction inflammatoire et cela même au bout de deux cent soixante jours. L'analyse physiologique montre aussi la tolérance parfaite de l'organisme; la santé générale n'est pas altérée; la fonction respiratoire reste normale, ainsi que le prouve en particulier l'examen du sang sur lequel nous avons déjà insisté. — 2° *Influence de l'anthracose sur les états morbides.* Les divers états morbides locaux et généraux que nous avons déterminés ont évolué de la même façon chez les animaux anthracosiques et chez les témoins non anthracosiques dans onze cas. Deux fois seulement, chez des animaux porteurs de pneumoconioses invétérées, l'évolution pathologique a été activée — 3° *Influence des états morbides sur l'anthracose.* Dix-neuf expériences; dans chacune deux animaux passent en même temps dans la cage à fumée; l'un sert de témoin, l'autre subit en outre divers actions expérimentales. Le plus souvent les différences sont peu marquées. Elles sont nettes chez les tuberculeux et chez les animaux qui ont subi la section d'un pneumogastrique : chez ces derniers surtout, l'anthracose est beaucoup plus développée que chez les témoins. Nous concluons de l'ensemble de ces recherches que le charbon est incapable de produire par sa seule présence dans le poumon humain les lésions qu'on lui a attribuées : bronchite, dilatation des bronches, pneumonie chronique, phtisie et cavernes anthracosiques. Le charbon peut, dans une certaine mesure, réparer ces divers processus et leur donner une physionomie anatomique et clinique un peu particulière; mais, en réalité, ces lésions variées doivent relever d'affections surajoutés, infections bronchopulmonaires diverses et surtout tuberculeuses.

La Société se forme en comité secret. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier. — Présidence de M. Hervieux.

Sérothérapie de la peste.

M. Roux lit un travail relatif au microbe de la peste et aux excellents résultats obtenus par M. Yersin au moyen de la sérothérapie dans l'épidémie actuelle de l'Annam. 26 cas ont été traités avec deux décès seulement. Les guérisons obtenues dans ces cas presque désespérés, la rapidité de l'amélioration sont une autre preuve de l'efficacité du sérum. Jusqu'ici, le sérum antipesteux n'a été employé que dans les cas de maladie confirmée. D'après ce qui a été observé chez les animaux, il doit être plus efficace encore pour prévenir la peste que pour la guérir. Il est donc tout indiqué, lorsqu'un cas de peste a éclaté dans une maison, d'injecter préventivement du sérum à toutes les personnes exposées à la contagion. M. Yersin pense que c'est la mesure la plus efficace contre la diffusion de la maladie. Combien de temps durerait l'immunité ainsi conférée? Des expériences en train sur les animaux l'établiront. M. Yersin se promet d'essayer ces injections préventives, lorsqu'il sera muni d'une assez grande quantité de sérum pour entreprendre une nouvelle campagne.

La prophylaxie de la peste.

M. Proust consacre à cette question, qui malheureusement semble assez menaçante, une communication très importante et très étudiée, dont voici les conclusions : « En résumé, la présence de la peste à Bombay, l'aggravation de l'épidémie, la possibilité de son importation en Europe par le golfe Persique ou la mer Rouge, ne justifient que trop les résolutions de la conférence internationale de Paris en 1894. Si la convention signée à Paris avait été ratifiée par les Etats participants, il est probable que le service sanitaire international, que la conférence instituait, fonctionnerait déjà et protégerait la Perse et l'Europe contre la peste de Bombay. La Perse ne serait pas réduite, pour la défense de son territoire, à accepter les services du consulat anglais de Bender-Bouchie, surveillant les bateaux anglais venant de l'Inde anglaise. Les évenements qui se passent à Bombay nous montrent qu'il faut accomplir aussi rapidement que possible ce qui a été trop longtemps différé, c'est-à dire ratifier les résolutions votées à Paris en 1894. J'ajouterai qu'il y a également lieu d'adhérer à la proposition qui a été faite, de créer une union sanitaire internationale contre la propagation des épidémies, union qui rendrait, pour la protection de l'Europe contre la peste, les mêmes services que pour se défendre contre la fièvre jaune et le choléra. Cependant ces vœux, que le péril présent rend naturellement plus pressants, ne peuvent avoir une réalisation immédiate. En attendant, il faut que les gouvernements interdisent les pèlerinages à la Mecque à tous leurs sujets musulmans; il faut exercer une active surveillance sur les provenances de Bombay. L'application de notre règlement de police sanitaire maritime de 1896 donne toute garantie pour la défense de notre territoire. Nous avons donné les instructions les plus précises et nous veillons à leur exécution rigoureuse. Nous pensons qu'il en sera ainsi dans les autres Etats; si chacun fait son devoir, il est à espérer que l'Europe ne sera pas envahie. »

Un stigmate permanent de l'épilepsie.

M. Robin lit un travail de M. Mairet dont voici les conclusions : En résumé, qu'on envisage l'*attaque* d'épilepsie, ou la névrose *en dehors de toute attaque*, on trouve : a) *Pour l'attaque*, des symptômes permettant de dépister la simulation. Ils sont fournis par les modifications que produit l'attaque sur les échanges organiques, et par les modifications que produisent les différentes phases de l'attaque sur la toxicité urinaire et sur la marche générale de la température. b) *Pour la névrose*, un stigmate permanent : l'*hypotoxicité urinaire*, qu'il s'agisse d'épilepsie convulsive ou d'épilepsie larvée. La connaissance de ce dernier stigmate nous paraît de la plus haute valeur pour diagnostiquer la névrose épilepsie dans nombre de cas et pour étudier, avec un critérium nouveau, l'epilepsie larvée.

Présence du bacille d'Eberth dans les poussières d'un casernement.

M. Kelsch présente une intéressante observation de MM. Sanglé, Ferrière et Remlinger, médecins militaires, démontrant la béginnité possible du germe typhique, ses alternatives de repos et de réveil pathogène, son transport possible par les poussières.

Du diagnostic différentiel de la psittacose et de la fièvre typhoïde.

M. Blanquinque (de Laon rapporte un fait où la réaction de Widal a permis dans la même famille de diagnostiquer un cas de psittacose et deux cas simultanés de fièvre typhoïde.

Elections.

Election d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.— M. Farabeuf est élu par 44 voix, contre 19 à M. Régnier, 2 à M. Poirier, 1 à M. Hénocque, 2 à M. Rémy, et 2 bulletins blancs, sur 72 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 15 janvier 1896. — Présidence de M. Debove.

Application thérapeutique des Rayons de Rœntgen.

M. Rendu expose l'observation d'un malade qu'il a soigné avec M. du Castel et que M. Chantemesse avait vu en consultation. Ce malade, jeune homme de 20 ans, présentait tous les signes d'une pneumonie infectieuse, bien que, à l'examen des crachats, un bactériologiste ait prétendu avoir trouvé des bacilles de Koch. La situation paraissant désespérée, le père du malade demanda l'application des rayons de Rœntgen au traitement de son fils. L'on fit des séances quotidiennes de 55 minutes de durée. Après trois séances, une amélioration très nette se manifesta; la fièvre tomba. Il y eut une diaphorèse et une diurèse très abondante. A la suite de la première séance, il se produisit au niveau de la surface cutanée où frappaient les rayons, un érythème intense qui donna lieu à des phlyctènes, puis à une escarre qui mit plusieurs semaines à guérir. M. Rendu se demande si la guérison est le fait de la révulsion vive produite par cet érythème, ou le résultat d'une action encore hypothétique des rayons X sur les microbes. Il ne pense pas que le malade ait été tuberculeux. Du reste les tentatives faites pour obtenir la cure de la tuberculose par les radiations de Rœntgen n'ont donné encore aucun résultat positif.

Thyroïdectomie et goitre exophtalmique.

M. Debove, pressé par une malade atteinte de goitre exophtalmique, céda à ses instances et lui fit pratiquer une thyroïdectomie partielle. M. Lejars, avec toutes les précautions possibles, pratiqua l'ablation du lobe droit du corps thyroïde. La malade qui paraissait devoir bien supporter l'opération, fut prise le soir de soif intense, de dyspnée, tomba dans le coma et mourut très rapidement. M. Debove se demande s'il n'a pas eu tort de céder en pareil cas aux sollicitations pressantes de la jeune malade, et si la mort ne serait pas due à une intoxication par le suc thyroïdien chassé dans le sang par la malaxation de la glande durant l'opération.

Goitre basedowifié.

M. P. Marie, à ce sujet, fait une distinction entre la maladie de Basedow proprement dite et ce qu'il appelle les goitres basedowifiés qui sont des goitres qui, à un moment donné, présentent le syndrome de Basedow. Le diagnostic de ces goitres peut se faire par l'existence de la tumeur thyroïdienne antérieure aux symptômes de la maladie de Basedow et par une sialorrhée intense et une dyspnée accentuée qui leur sont particuliers. Dans ces goitres basedowifiés, l'opération donne de bons résultats (cas signalés par Tillaux) et l'ingestion de corps thyroïde amende les symptômes, au lieu de les aggraver comme dans le goitre exophtalmique vrai.

Séance du 22 janvier 1897. — Présidence de M. Debove.

Troubles trophiques cutanés et rhumatisme blennorrhagique.

M. Jacquet présente des moulages de pieds où sur la région plantaire l'on peut constater des cônes cornés jaunes, durs, assez analogues aux clous à tête de cuivre des tapissiers. Le malade à diverses reprises a été atteint de ces accidents après l'apparition préalable de la blennorrhagie et du rhumatisme. M. Vidal et M. Jeanselme ont observé des faits semblables. M. Jeanselme a observé que ces cônes étaient creux comme les cornes des ruminants, ceux que M. Jacquet a étudiés contenaient des saillies papillomateuses. Ces cônes ne sont dus ni à une toxidermie médicamenteuse, ni à une action directe du gonocoque. M. Jacquet les attribue à un trouble trophique d'origine nerveuse.

Traitement de l'idiotie myxœdémateuse par l'ingestion de glande thyroïde de mouton.

M. Bourneville fait sur ce sujet une importante communication qui sera publiée *in extenso* dans le journal.

M. Vaquez donne les résultats de l'*examen du sang* des malades de M. Bourneville. (La communication de M. Vaquez sera publiée *in extenso.*)

M. P. Marie trouve remarquable les résultats obtenus par M. Bourneville, mais dans le myxœdème congénital le succès de la méthode thyroïdienne est loin d'être constant. Dans deux cas ce traitement a échoué entre ses mains. Des doses faibles de corps thyroïde déterminait chez ces deux petits malades des accidents graves et il dut cesser la médication. Ces deux malades étaient, il est vrai, atteints d'albuminurie et de tachycardie, et peut-être ces états sont-ils des contre-indications.

M. Debove demande à M. Bourneville s'il n'a jamais observé d'accidents à la suite de l'administration de corps thyroïde à ses malades.

M. Bourneville a dû, dans certains cas, interrompre le traitement. Les accidents qu'il a observés sont des tremblements, des parésies, des vomissements, des lipothymies, etc.; il n'a jamais noté de crises convulsives.

Réaction agglutinative dans un cas de streptococcie.

M. Ferrand, en son nom et en celui de M. Théoari, cite un cas de streptococcie dans lequel un premier essai de réaction agglutinatif fut négatif; quelques jours après les examens sérodiagnostiques donnèrent lieu à la réaction agglutinative. L'autopsie ne permit aucun doute sur la cause streptococcique de la maladie.

M. Widal critique l'observation de M. Ferrand et démontre qu'il est très probable que la réaction obtenue était une de ces fausses réactions déjà maintes fois observées. Il regrette qu'en présence de ce fait exceptionnel M. Ferrand et son interne, M. Théoari, ne se soit pas entourés de précautions plus grandes et n'aient pas cherché à contrôler avec le sang et les sérosités pendant l'autopsie les phénomènes observés durant la vie.

J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1897. — Présidence de M. Ch. Monod.

M. Bazy revient sur la question du traitement des *rétrécissements de l'urèthre.*

M. Tuffier, en ce qui concerne le diagnostic des *néoplasmes hépatiques*, pense qu'on se trouvera toujours bien d'explorer le hile de l'organe où l'on constate parfois la présence de ganglions tuméfiés. Il cite des observations qui plaident en ce sens. L'engorgement ganglionnaire paraît en effet être la règle dans les carcinomes primitifs, sinon dans les adénomes. La compression préventive du pédicule du foie est un bon moyen d'hémostase temporaire dans les cas d'interventions sur le foie.

M. Reynier donne des indications sur la pathogénie des accidents consécutifs à la *gastroentérostomie,* en particulier les vomissements fécaloïdes. Une autopsie lui a montré que le bout inférieur présente souvent une coudure et le bout supérieur une dilatation. On y remédie par divers procédés opératoires, qui sont très compliqués ; mais il n'y a à faire en l'espèce que la torsion préventive du bout supérieur de Lücke et Rauchwitz.

M. Quenu n'a pas fait la torsion et cependant n'a pas observé des accidents de ce genre.

M. Chaput insiste sur ces phénomènes qui sont très réels et peuvent aller jusqu'à l'occlusion intestinale. Il a observé deux cas qui le démontrent. La formation de l'éperon dépend parfois de la brièveté du mésentère : Il faut donc dévider l'intestin

sur une assez grande longueur, avant de faire l'abouchement. Mais le meilleur procédé est certainement la torsion de l'anse, si l'on veut éviter ces accidents.

M. Ricard apporte un fait qui plaide en faveur des idées défendues par M. Reynier. Dans un cas de gastroentérostomie pour sténose pylorique, il a observé des vomissements bilieux. Au dixième jour, il fit à nouveau une laparotomie et constata sur le vivant la distension de la portion duodénale et une atrophie de l'autre partie de l'intestin grêle ; il fit alors une entéroanastomose entre l'intestin et le duodénum. La malade guérit et ne succomba que dix-huit mois après. A l'autopsie, on vérifia à nouveau ces constatations.

Chirurgie du Poumon.

M. Bazy revient sur la pleurotomie exploratrice. Il constate d'abord que le décollement pleural est abandonné aujourd'hui même par ceux qui l'ont défendu jadis avec chaleur. Il critique le scaphandre de M. Quénu et le bocal à pression de M. Tuffier et insiste sur les facilités que donne l'ouverture franche du thorax. Il cite des observations qui le démontrent et qui sont empruntées aux défenseurs eux-mêmes du décollement pleural.

M. Reynier présente les pièces d'un malade opéré pour un *abcès cérébral consécutif à des lésions de l'oreille moyenne*. Ce malade fut trépané au niveau de l'apophyse mastoïde ; mais de l'aphasie persista. M. Reynier fit ensuite une trépanation au-dessus du conduit auditif. A la ponction du cerveau en ce point, rien ne s'écoula. On agrandit l'orifice en le prolongeant du côté pariétal, puis ponctionna à nouveau en se dirigeant en arrière. On trouva du pus. Drainage de l'abcès. Le malade alla mieux quelque temps et l'aphasie disparut. Mais bientôt les accidents reparurent et le sixième jour la mort survint. A l'autopsie, on trouva en outre de l'abcès du lobe temporo occipital, une phlébite du sinus, des abcès dans le foie, etc., en un mot les lésions de l'infection purulente. Cette aphasie est due à la compression de la troisième circonvolution et n'indique nullement une altération de cette partie de l'encéphale. Il vaudrait mieux dans ces cas recourir à la trépanation de Bergmann.

M. Broca insiste sur les bénéfices de la trépanation pétro-mastoïdienne, voie la plus sûre.

M. Poirier trouve que la trépanation cérébrale a été faite trop en arrière.

M. Lucas-Championnière tient peu compte des symptômes cérébraux au point de vue de l'intervention chirurgicale précise. L'aphasie ne peut pas être un élément de direction.

M. Brun trouve très classique l'observation de M. Reynier. Il est de l'avis de M. Broca. Il faut aborder les abcès par la voie pétro-mastoïdienne.

M. Reynier ne tient pas à défoncer la caisse de prime abord. Il croit qu'il faut agir avec prudence et intervenir seulement quand les indications sont précises.

M. Félizet présente un malade qui s'était blessé à l'avant-bras et pour lequel les rayons X lui ont été très utiles, en dévoilant l'*existence d'un corps étranger* (verre de vitre).

M. G. Marchand présente des pièces d'un malade opéré pour une péritonite ; à l'autopsie, on trouva des *abcès aréolaires du foie*, dus à une angiocholite calculeuse et qui ont passé inaperçus. Liquide absolument stérile. Il faudrait, dans ces cas, toujours aller voir si le foie n'est pas atteint.

Élections. — Sont nommés *Correspondants étrangers* les candidats proposés par la Commission : M. le Pr Gardner (de Melbourne ; M. le Pr Novaro (de Bologne) ; M. le Dr Lardy (de Constantinople).

Sont nommés *correspondants nationaux* de la Société de Chirurgie : MM. Barrette, Brissaud, Chupin, Ferraton, Lemaistre, G. Roux.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 27 janvier 1897. — Présidence de M. Josias.

L'Eucaine.

M. G. Pouchet rappelle que l'eucaïne est un corps à propriétés anesthésiques analogues à la cocaïne que l'on a tendance à substituer à cette dernière en Allemagne. Il a fait de nombreuses expériences physiologiques avec l'eucaïne et a pu constater qu'elle avait une action toxique sur le cœur supérieur à celle de la cocaïne ; M. Reclus affirme d'autre part qu'à dose égale elle a un pouvoir anesthésique moindre que la cocaïne à laquelle on ne doit donc pas songer à la substituer.

Parallèle de la trachéotomie et du tubage.

M. Sevestre, après un historique du tubage depuis Bouchut jusqu'à présent, et une critique de la trachéotomie, insiste sur les avantages du tubage à l'heure actuelle. Néanmoins, il croit devoir conclure de ce parallèle que, si le tubage est sans contestation la méthode de choix dans l'intervention opératoire du croup, il ne doit être pratiqué que si l'opéré peut rester sous la surveillance directe et immédiate d'un médecin habitué à l'opération. En dehors de ces conditions, c'est à la trachéotomie qu'il faut avoir recours.

Digitaline et digitoxine.

M. Adrian établit que la digitoxine allemande n'agit que par la digitaline qu'elle contient et que l'on doit toujours recourir en thérapeutique à la digitaline cristallisée chloroformique pour être sûr d'administrer un alcaloïde bien défini. Masius et Corin en Belgique, Franck en France, ont expérimenté une digitoxine qui serait plus active que la digitaline et dont la puissance toxique serait due à un glycoside. Cette digitoxine n'est pas nettement définie et le glycoside isolé par Kiliani a la même formule et paraît absolument identique à la digitaline cristallisée de Nativelle.

M. Pouchet a eu à sa disposition des feuilles de digitale venant d'Allemagne, cette digitale ne ressemble pas à la digitale française et les produits qu'on en retire sont deux ou trois fois plus toxiques que la digitaline cristallisée. Il partage l'avis de M. Adrian, on ne doit prescrire que la digitaline cristallisée chloroformique, seul produit extrait de la digitale nettement défini.

Action de l'huile et de l'alcool phéniqués sur les cultures de streptocoques.

MM. H. Hallopeau et J. Laffitte font une communication relative à l'influence qu'exercent l'huile phéniquée et l'alcool saturé d'acide phénique sur le développement des cultures de staphylocoques. Cette influence est niée en Allemagne, contrairement aux enseignements de l'expérience clinique ; elle ressort en toute évidence des résultats obtenus par les auteurs dans leurs expériences.

Ces résultats peuvent être résumés ainsi qu'il suit : quand une culture de staphylocoques est soumise, dans l'étuve, pendant 2 ou 3 jours à l'influence de l'huile phéniquée au dixième, au cinquantième, ou même au centième, elle se développe très mal et imparfaitement sur un milieu de culture, si on la prend pour semence, quand un milieu de culture a subi pendant 2 ou 3 jours l'influence de l'huile phéniquée, une semence de staphylocoques prise dans une culture récente et abondante, se développe très mal dans ce milieu ; il en est de même si l'on prend une solution saturée d'acide phénique ; dans l'alcool, cette même solution tue rapidement les tricophytons développés dans les parties non velues du tégument. Ces expériences sont donc d'accord avec la clinique pour permettre d'affirmer que ces préparations phéniquées exercent une action puissante sur le développement du staphylocoque et qu'elles constituent ainsi des antiseptiques, dont on ne peut méconnaître la grande utilité pratique, puisqu'elles sont à la fois actives et inoffensives.

Traitement abortif du coryza.

M. Courtade rappelle les nombreux traitements préconisés sans succès contre le coryza. Il a obtenu sur lui-même et sur beaucoup de ses confrères d'excellents résultats pour les *irrigations chaudes*. Pour obtenir un succès, il faut que les irrigations soient données à 50° centigrades environ au moyen du siphon de Weber avec de l'eau salée, boriquée ou bicarbonatée. Un demi-litre de liquide doit suffir à une pression de 8 à 10 centimètres. On doit se servir d'une canule à robinet pour que l'on puisse regler l'écoulement de l'eau chaude qui ne doit pas être trop abondant. Les symptômes du coryza s'améliorent aussitôt. La maladie a, dans plusieurs cas, été enrayée

dès le lendemain après trois lavages. La trachéite qui succède alors au coryza est fort atténuée. Ces lavages chauds ont encore donné les meilleurs résultats à M. Courtade dans le traitement des affections naso-pharyngées. J. Noir.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 12 janvier 1896. — Présidence de M. A. Lefèvre.

La famille de M. le Dr Speck envoie les œuvres de ce praticien qui exerça longtemps dans la Sibérie orientale. Il a observé, notamment, que, dans les tribus nomades, la *syphilis* se propage par des lésions et les contacts extra-génitaux. Il en résulte une forme spéciale de la maladie, que l'on a pu confondre avec la lèpre.

M. Chervin analyse un travail du Dr Livi, médecin militaire italien. Au moyen de *fiches anthropométriques* individuelles, qui suivent le soldat pendant toute la durée de son service, il a obtenu des renseignements éthnographiques intéressants.

Sur la proposition de M. Hervé, la Société émet le vœu que cette méthode soit appliquée en France.

M. Robin dépose son ouvrage *Moyen d'éviter les grandes familles*.

M. le Dr Cambillard est élu membre titulaire. E. B.

REVUE de LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE et RHINOLOGIE

I. — **Etude clinique des tumeurs adénoïdes, leur traitement chirurgical; résultats post-opératoires**; par M. Magnus. — Soc. d'Edit. scient., 1895.

I. — Les causes de l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka sont encore mal connues et très discutées; les uns mettent en cause les conditions climatériques, les autres l'hérédité et surtout la strume. Ceux-ci font un stigmate de dégénérescence, ceux-là accusent une conformation osseuse spéciale de la base du crâne. La cause la plus vraisemblable semble résider dans l'irritation locale; inflammations plus ou moins répétées du naso-pharynx; maladies infectieuses à déterminations naso-pharyngées, diphtérie, scarlatine, rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde, syphilis, enfin sténose nasale, à la suite de lésions chroniques, irritations. Les tumeurs adénoïdes se reconnaissent à des signes rationnels qui sont : gêne de la respiration nasale caractérisée la nuit par le ronflement, l'agitation, troubles de la voix et de la prononciation, modification de l'odorat et du goût, altération surtout de l'audition qui se manifeste par de la surdité, d'abord passagère, puis plus ou moins permanente; des bourdonnements d'oreille.

Toux, dyspnée, laryngite striduleuse, spasme glottique, céphalée frontale, paresse de l'intelligence ou aprosexie; enfin quelques auteurs vont jusqu'à accuser les tumeurs adénoïdes de produire l'épilepsie et la chorée. Le facies dit adénoïdien est catéristique (bouche entr'ouverte, visage pâle, pommettes aplaties, déformation des dents, nez élargi à la base, pli cutané bridant le grand angle de l'œil) mais non pathognomonique. On observe fréquemment des diviations de la cloison, de l'atrophie des sinus, l'ogivité de la voûte palatine. Des malformations plus importantes viennent s'ajouter; telles sont les déformations thoraciques qu'il ne faut pas confondre avec celles qui reconnaissent pour cause le rachitisme. Les signes physiques des tumeurs adénoïdes découlent de l'examen méthodique du malade. L'inspection révèle souvent l'hypertrophie de toutes les glandes lymphatiques du pharynx, mais c'est surtout le toucher pharyngien bien fait qui fournit les plus précieux renseignements sur les différents caractères de ces tumeurs. Chez les enfants plus âgés, on pourra tirer bénéfice de la rhinoscopie postérieure et se rendre un compte exact de la disposition et de l'aspect du néoplasme. Parmi les complications des tumeurs adénoïdes, il en est une qui constitue une véritable forme de la maladie, c'est la complication auriculaire se traduisant par de l'otorrhée qui cède généralement à l'intervention. Dans la plus tendre enfance, cette complication peut produire la surdimutité. Les végétations sont susceptibles de poussées inflammatoires. Chez les enfants du premier âge, la gêne respiratoire entraine fatalement l'impossibilité de l'allaitement et par suite l'athrepsie. La croissance est le développement progressif du corps si elle vient à être gênée dans son action, tous les troubles sont possibles du côté du développement et de l'accroissement. Il est donc utile d'étudier comment s'effectue cette croissance. Quételet a dressé un tableau de la progression de la taille et du poids depuis la naissance jusqu'à la limite de l'accroissement.

Pagliani a noté, d'autre part, les relations existantes entre l'accroissement de la taille et celui de la circonférence thoracique; si on joint à cela l'étude de l'influence de la croissance sur les principaux appareils (appareils circulatoire, digestif, respiratoire, lymphatique, osseux, nerveux), on pourra se faire une idée des modifications que peut subir l'accroissement du corps humain, quand il vient à être troublé, comme cela a lieu chez les adénoïdiens. En présence de tous ces troubles et malgré quelques partisans de l'abstention, la logique commande d'intervenir. L'auteur laisse de côté le traitement médical comme insuffisant. Mais, parmi les moyens actifs, auquel donner la préférence? Il faut agir chirurgicalement. Les instruments employés sont extrêmement nombreux. La seule voie praticable est la voie buccale, et l'instrument qui remplit les meilleures indications est l'anneau tranchant de Schmidt. L'opération étant douloureuse et ayant intérêt à être pratiquée en une seule séance, l'anesthésie est nécessaire.

Parmi les anesthesiques, l'auteur donne la préférence au bromure d'éthyle, qui pur et bien manié, n'est nullement dangereux. Mais il est de toute nécessité qu'il soit administré suivant certaines règles. L'opération doit être précédée par des injections nasales répétées. Il est préférable d'opérer le malade couché. Le curettage du naso-pharynx doit être rapide et suivi d'une injection antiseptique légère. Les soins consécutifs sont pour ainsi dire nuls. L'opération n'agit pas non seulement en enlevant l'obstacle, elle désinfecte encore une région généralement infectée. Les résultats opératoires sont excellents, ainsi qu'il ressort des recherches que l'auteur a faites. Tous les troubles disparaissent rapidement et la croissance reprend sa marche progressive. C'est surtout immédiatement après l'intervention que ces résultats sont les plus marqués, ainsi qu'il découle de nos tableaux de croissance post-opératoire dont l'auteur a tiré les coefficients de croissance post-opératoire suivants : 1,66 pour un mois après l'opération, 2,3 pour deux mois, 1,1 pour trois mois, 0,35 pour six mois, enfin, 0,17 pour un an. De tels résultats sont bien à l'éloge de l'intervention.

II. — **Tubes longs et tubes courts pour l'intubation du larynx dans le croup pseudo-membraneux**; par Bonain. — Bordeaux, 1896.

II. — Les tubes courts sont les tubes de O'Dwyer coupés immédiatement au-dessous de leur partie renflée et ne mesurant guère plus de la hauteur du larynx, ont été expérimentés dans le service de M. Sevestre dans 72 cas de croup. Une circonstance fortuite fit constater que les tubes ainsi raccourcis pouvaient être facilement chassés hors du larynx par une pression exercée au-dessous du cartilage thyroïde, à travers les parois de la trachée. Cette expulsion du tube a déjà été reconnue possible par O'Dwyer, Bleyer, Pusey et Cheatham avant MM. Bayeux et Tsakiris. Malgré cet avantage d'extraction du tube, le Dr Bonain juge que le tube court est bien inferieur au tube long pour intervenir contre la sténose trachéo-laryngée du croup pseudo-membraneux. Le procédé d'énucléation du tube par pression sur la trachée ne doit guère l'importance qu'on lui a attribuée, qu'à l'emploi du tube court dont la facilité d'obstruction, pendant ou après l'intervention, constitue un défaut sérieux et insuffisamment compensé par sa sortie du larynx. Applicable au tube long, mais d'exécution plus difficile alors, il peut à l'occasion rendre service au médecin peu familiarisé avec l'emploi de l'extracteur, en cas d'urgence ou de difficulté particulière de l'extraction par l'instrument. Dans la clientèle, en l'absence du médecin, il peut être indiqué, conjointement avec le renversement de la tête en bas, comme moyen ultime à employer, aprés échec de tous les autres moyens usités en pareil cas.

III. — **Angiome du pharynx**; par Lichtwitz. — *Gazette hebd. des Sc. med. de Bordeaux*, n° 14, 7 avril 1895.

III. — Ce cas concerne une jeune fille de 16 ans qui présen-

tait une tumeur de couleur brun foncé, bleuâtre par places, faisant saillie en arrière de l'amygdale gauche hypertrophiée. Cette tumeur allongée dans le sens vertical, mesurait trois centimètres et demi de long sur un centimètre et demi de large. Elle n'était pas pédiculée. Sa surface était irrégulière et bosselée. De sa partie inférieure partait une expansion se dirigeant vers la paroi postérieure du thorax. La malade n'a jamais eu d'hémorrhagies, ni éprouvé de troubles du côté de la gorge; du reste, elle ignorait la présence de cette tumeur et c'est par hasard qu'elle a été découverte.

IV. — Tuberculosis of the Larynx, par Gleitsmann. — *New Y. Acad. of Medic.*, 24 octobre 1894.

IV. — L'auteur présente un malade dont les deux frères sont morts de tuberculose. Lui-même a souffert du larynx et a maigri de 25 livres. A l'examen, on constate une infiltration de la région aryténoïdienne droite avec épaississement de la bande ventriculaire du même côté. A la suite d'applications d'acide lactique, d'injections sous-muqueuses du même agent et de curettage, la bande ventriculaire a repris son aspect normal, mais ses contours ne sont plus aussi bien limités. La corde vocale droite est hypérémiée; la région aryténoïdienne a conservé le même aspect.

V. — Physiologie, hygiène et thérapeutique de la voix parlée et chantée; par Garnault. — Paris, Maloine, 1895.

V. — Cet ouvrage est écrit sous forme de leçons; il est divisé en deux grandes parties.

Dans la première partie, toute la physiologie de la voix est décrite avec beaucoup de détails. M. Garnault expose la nécessité d'une étude scientifique et expérimentale des conditions physiologiques de production de la voix et du chant; il interprète les qualités du son, explique les principaux types d'instruments de musique. Puis il insiste sur les phénomènes mécaniques de la respiration, sur les types respiratoires, sur l'anatomie des organes de résonnance, sur la physiologie du larynx et la laryngoscopie. La physiologie des organes de résonnance, chez l'enfant, chez l'homme et la femme, la voix parlée et chantée, les rapports de la respiration et de la phonation, la pneumographie, l'attaque du son, les registres occupent la fin de la première partie. Toute la deuxième partie est consacrée à l'hygiène et aux maladies du chanteur et de l'orateur. Quel est, pour eux, le choix de l'habitation, le climat? Quels fards, pommades, parfums doivent-ils employer? Comment se vêtir, s'alimenter? Enfin, l'ouvrage se termine par l'étude des maladies du nez, du pharynx et du larynx, sans oublier l'influence des maladies générales sur le chanteur et l'orateur.

VI. — Clinique des maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles, 1re année, 1894-1895; par Hamon du Fougeray. — Le Mans, 1895.

VI. — Exposé dans lequel l'auteur rapporte qu'il a donné 3,011 consultations et a pratiqué 136 opérations sur 512 malades qui ont fréquenté sa clinique. Le nombre des affections de la bouche a été de 24; celui du pharynx, 150; celui du larynx, 38; celui du nez, 212, et celui des oreilles, 213. Les 512 malades ont présenté 703 cas de maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles.

VII. — La especialización de los estudios laringologicos, rhinologicos y otologicos y sus relaciones con la medicina y cirugia generales. Diagnostico y Tratamiento de las Mastoiditis, par Botey. — Barcelona, 1896.

VII. — Dans cette leçon inaugurale du cours clinique de laryngologie, l'auteur rappelle que les premières tentatives d'examen direct du larynx ont été faites par Bozzini, Cagnard de la Tour, etc. Il montre que c'est aux laryngologistes que l'on doit l'emploi des injections médicamenteuses intra-trachéales. Il passe rapidement en revue les progrès réalisés par l'emploi du laryngoscope dans la tuberculose, la syphilis, la lèpre, le rhumatisme, l'albuminurie, la paralysie et les tumeurs de l'organe vocal. Il montre ensuite les résultats obtenus par la rhinoscopie pour le traitement des suppurations nasales, l'exploration de l'antre de Highmore, la recherche des tumeurs adénoïdes, les affections de l'appareil visuel en rapport avec les maladies du nez. De même l'otologie a profité des récentes découvertes par le traitement de l'otorrhée, du vertige *ab aure laesa*. Du reste, à propos d'une seconde brochure sur le *Traitement et le diagnostic des mastoïdites*, l'auteur expose la méthode opératoire employée actuellement dans les cas de suppuration de l'oreille moyenne. Il accorde la préférence au procédé qui ouvre l'antre un peu au-dessus du point d'élection conseillé par Schwartz, c'est-à-dire qu'il attaque l'os en haut, au niveau de la ligne horizontale passant par l'extrémité antérieure de l'épine de Henle.

VIII. — De l'ozène. Sa génèse et son traitement par l'électrolyse interstitielle; par Bayer. — Paris, Doin, éd., 1895.

VIII. — D'après le Dr Bayer, l'ozène est une *trophonévrose* qui consiste : 1° en une anomalie de sécrétion de la muqueuse nasale, rétro-nasale etc., produisant une matière qui sert de culture à un microbe propre de l'ozène et auteur de l'odeur fétide caractéristique de cette affection; 2° en une dénutrition de la muqueuse, une atrophie de celle-ci; 3° en une rhinite fréquemment hypertrophique provoquée et entretenue par les produits de cette affection jouant le rôle de corps étrangers. Le meilleur traitement et quasi spécifique est l'électrolyse interstitielle: seulement il n'est pas exempt de danger. Il faut faire plutôt deux ou plusieurs séances et employer des courants relativement faibles de 6 à 8 milliampères. Il est incontestable que le traitement électrolytique constitue un grand progrès dans la thérapeutique de l'ozène, non seulement au point de vue pratique, mais surtout théorique. Ce traitement ne dispensera évidement pas le malade de suivre un traitement général qui lui convienne.

IX. — Ueber Syphilitische Tumoren der Nase; par Kuhn. — Iéna, 1895.

IX. — L'auteur a pu observer trois cas de tumeurs nasales. Dans un de ces cas, l'examen microscopique décèle la présence de cellules rondes au milieu d'un tissu homogène. La masse d'apparence sarcomateuse fut enlevée, la perforation de la cloison cautérisée galvanocautère. L'examen montre qu'il s'agissait d'un syphilome. Le traitement ioduré justifie le diagnostic. Il en fit de même dans les trois autres cas. J. Baratoux.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

M. le Pr Ed. DELORME (de Paris).

M. le docteur Delorme (Edmond), qui vient d'être nommé membre de l'Académie de Médecine dans la section de chirurgie par 70 suffrages sur 74 votants, est professeur de clinique chirurgicale à l'École d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce à Paris.

Né le 2 août 1847 à Lunéville, il a fait toute sa carrière dans la médecine militaire. Entré au service en qualité d'elève de l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg le 15 octobre 1866, il fut reçu médecin stagiaire au Val-de-Grâce le 31 décembre 1870. Un an après, comme de coutume, il était nommé aide-major de 2e classe. Deux ans plus tard, en 1873, le 31 décembre, il était aide-major de 1re classe. Le 18 juillet 1878, il devenait médecin-major de 2e classe. Le 7 mars 1885, il gagnait ses galons de major de 1re classe. Médecin principal de 2e classe le 1er novembre 1891, il passait de première le 5 octobre 1895, grade qu'il occupe encore aujourd'hui.

Docteur de la Faculté de Paris en 1871, il était nommé au concours de 1877 professeur agrégé à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, et devenait, dix ans plus tard, en 1887, professeur de clinique chirurgicale et de blessures de guerre à la même école.

M. Delorme est membre de la Société de Chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur du 5 juillet 1893, et officier d'Académie.

En 1895 il a obtenu le prix de chirurgie militaire: il a été plusieurs fois lauréat de l'Académie de médecine (prix Barbier, 1881; prix Laborie, 1894 et 1896; prix Des-

portes, 1896 ; prix Amussat, 1896, etc.). Il est aussi lauréat de l'Institut (prix Montyon de médecine et de chirurgie, 1893 ; prix Larrey, 1896).

De 1877 à 1881, M. Delorme a fait des conférences et exercices de médecine opératoire au Val-de-Grâce, et en 1877-1878 des conférences d'ophtalmoscopie à la même Ecole. En 1879, il y a professé le cours de médecine opératoire. Nous avons dit qu'actuellement il y était encore chargé, depuis 1887, de deux cours : celui des blessures de guerre et celui de clinique chirurgicale.

M. Delorme a fondé la *Revue militaire de médecine et de chirurgie*, qu'il ne dirige plus maintenant, car ce journal, faute de ressources, n'a pu continuer à paraître.

En outre des thèses qu'il a inspirées et dont quelques-unes offrent un réel intérêt, en particulier celles de Toussaint (*Anévrisme de la pédieuse*, 1877) et de Devillers (*De quelques entorses rares*, 1889), on doit à ce chirurgien militaire, dont la physionomie et le caractère martial sont bien connus de tous ceux qui fréquentent la Société de Chirurgie, un grand nombre de publications.



M. le Pr Edmond DELORME (de Paris).

Nous citerons en premier lieu sa thèse de doctorat, intitulée *Essais ophtalmoscopiques* (1871), dans laquelle M. Delorme a décrit, d'après des recherches personnelles, les vaisseaux de la *macula lutea* et insisté sur ce fait que dans l'œil vivant cette région est riche en ramuscules artériels et veineux; et plusieurs articles du Dictionnaire de Jaccoud (*Parotide*, *Pied*, *Résection*, *Salivaire*, etc.).

Mentionnons en outre : De la ligature des artères de la paume de la main (1881, prix Barbier) ; des résections articulaires en chirurgie d'armée (1885, prix de Chirurgie militaire) ; contribution à la chirurgie de la face; restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez (1886) ; traitements de certains rétrécissements cicatriciels de l'urèthre (1890) ; étude comparative des effets produits par les balles du fusil Gras de 11 millimètres et du fusil Lebel (1891) ; sur la myosite tuberculeuse (1891) ; type de fractures des diaphyses produites par les balles (1892) ; contribution à la chirurgie de la poitrine (1893) ; cure radicale des hémorrhoïdes par le procédé de Witehead (1892) ; phlegmon sublingual (1892), etc., etc.

Il nous faudrait rappeler en outre une foule de recherches sur des points spéciaux ; mais nous devons nous borner et citerons seulement les plus récentes : Mémoire sur le traitement des empyèmes chroniques par la décortication du poumon, résultats, indications techniques (1894). (Cette opération, imaginée par l'auteur et qui offre sur celle d'Estlander le précieux avantage de redonner au blessé un poumon considéré comme perdu, compte 10 succès sur 20 cas. Elle a donc sa place marquée dans la thérapeutique déconcertante des empyèmes chroniques). — Mémoire sur les effets des balles cuirassées de 8 millimètres à courte distance. (*Académie de Médecine*, 1896). — Traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead (*Congrès de Chirurgie*, 1896). — De la ponction et de l'incision du péricarde. (*Revue de Chirurgie*, 1896, prix Laborie). (Mémoire original, marquant un pas dans l'étude de la question). — Sur les appareils métalliques de soutien du nez (*Bulletins de la Mémoire. Société de Chirurgie*, 1895). — Mémoire sur les ablations totales de la main. (*Gaz. des Hôp.* 1895). — Mémoire sur la compression forcée digitale dans le traitement des névrites (prix Ammussat). — Mémoire sur la restauration du nez et de la voûte palatine (inédit), prix de l'Institut Baron Larrey, 1896). — Mémoire sur un procédé de restauration des pertes de substances étendues de la voûte palatine (*Académie de Médecine*, 1896). — Mémoire sur la cure radicale des hernies, 6 séries de cinquante (*Archives de Médecine militaire*, 1894 à 1896). — Mémoire sur la pathogénie des ostéomes consécutifs aux ruptures musculaires. (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1895). — Mémoires, lectures et communications sur la sérothérapie dans le tétanos ; un procédé de suture applicable aux ruptures musculaires ; les ostéomes de la cuisse ; la laryngotomie ; la suture de la rotule; la compression dans les névrites ; l'hygroma deltoïdien ; les conditions que doivent remplir les appareils de désinfection en campagne ; le pneumothorax chirurgical ; la contusion de l'abdomen ; la luxation du poignet ; le genou à ressort ; la luxation de l'épaule en arrière avec fracture du col ; sur une cause d'irréductibilité des luxations de la hanche ; les hémorrhagies du poumon ; le traitement direct du pneumothorax médical ; l'arthrite blennorrhagique, etc., etc.

Une note spéciale doit être réservée à ses deux volumes : constituant l'*Histoire de la Chirurgie militaire française* (Alcan, 1888-1893), couronnés par l'Institut de France 1893). Cet ouvrage de longue haleine est un des principaux titres scientifiques de M. Delorme et constitue son œuvre la plus connue du monde médical. M. B.

CORRESPONDANCE

A propos d'un travail sur la résistance électrique du corps humain de MM. le Pr Spekl et le Dr Sano, de Bruxelles (1).

Anvers, 22 janvier 1897.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Permettez-moi de répondre quelques mots à la lettre de M. le Dr Vigouroux, insérée dans le numéro du 16 janvier 1897, du *Progrès Médical*. Le travail, auquel M. le Pr Spehl a bien voulu m'associer, débute ainsi : « Dans ces dernières années, quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer Vigouroux et Séglas, en France, Eulenburg et Schäffer, en Allemagne, ont affirmé que dans certaines affections nerveuses, la résistance du corps humain au passage du courant galvanique est notablement modifiée.... » Le nom de M. Vigouroux est donc cité en tout premier lieu et si dans la suite nous notons d'abord l'opinion d'Eulenburg, c'est que nous avions à examiner plus longuement et principalement les résultats obtenus par M. Vigouroux, dont les recherches font autorité.

Nous n'ignorions pas le dispositif qu'il emploie, mais c'est justement parce que nous le croyons défectueux, et nous avons dit pourquoi, que nous avons eu recours à des methodes différentes. De l'avis de M. Vigouroux, nous nous serions « efforcés d'obtenir le minimum de résistance réalisable et d'annuler les différences individuelles. » Nous nous sommes efforcés en effet de diminuer la résistance de tous les accessoires, de façon

(1) Voir n° 3, p. 42.

à laisser la première place à la résistance du corps humain et à éliminer les causes d'erreurs résultant des modifications dans l'application, la superficie, l'imbibition des électrodes, dont les moindres variations effaceraient les particularités pouvant résulter de la modification anatomique ou chimique des tissus. En fait de différences individuelles, nous avons surtout voulu éliminer celles.... des expérimentateurs.

Un dispositif analogue au nôtre a d'ailleurs été utilisé par M. G. Weiss (*Arch. d'Elect. méd.*, 15 juillet 1893) et les résultats qu'il a obtenus chez les individus normaux *concordent absolument avec les nôtres.*

Nous avons écrit : « .... Vigouroux affirme encore que la résistance au courant galvanique est très augmentée chez les hystériques : elle serait cinq fois plus élevée qu'à l'état physiologique.... En ce qui concerne la mélancolie, Séglas et Vigouroux ont trouvé la résistance électrique augmentée et atteignant jusque 100.000 ohms, c'est-à-dire 33 fois la résistance qu'ils attribuent à l'homme normal. » Nous avons « controlé au moyen de notre galvanomètre différentiel ». Le doute peut-il être possible quant à la signification des termes ? N'est-il pas clair que, au moyen de méthodes différentes, en éliminant les causes d'erreurs possibles, nous avons sincèrement recherché si oui ou non la résistance est 5 fois plus grande dans l'hystérie, 33 fois plus grande dans la mélancolie ?

Nos expériences n'ont pas été entièrement négatives. Nous avons cru pouvoir rapporter les différences que nous avons observées, à l'état général de la nutrition, et nous avons dit avec von Frey (*Ueber den Leitungswiderstand des menschl. Korpers*, 1891, p. 10) que le chlorure de sodium, qui joue un rôle si important dans la nutrition, est un perturbateur constant du chiffre de notre résistance. Nous avons ajouté que nous croyons possible de modifier celle-ci volontairement. De tout cela nous avons conclu que ni en clinique, ni en médecine légale la résistance électrique ne pouvait servir d'élément pour éclairer le diagnostic.

Je regrette que le tiré-à-part de notre travail, que j'ai envoyé à M. Vigouroux, à la Salpêtrière, ne lui soit pas parvenu.

N'étant pas celui d'entre nous qui a été à Paris en 1893, et qui dûment autorisé en effet, et dans un service différent de celui de Vigouroux [la lettre du 16 janvier 1897 pourrait induire en erreur à ce sujet] a pu examiner au moyen de ses appareils des malades que M. Vigouroux avait observés auparavant, je crois ne pas avoir à répondre au grave reproche qui nous est adressé. Si, en signant le travail, j'ai par le fait encouru une part de responsabilité, que M. Vigouroux veuille bien accepter mes regrets d'avoir pu contribuer à nécessiter sa prostestation qui, *fondée ou non*, m'a sensiblement préoccupé : je sais quel accueil bienveillant et affable il réserve aux confrères étrangers qui tiennent à honneur de pouvoir assister à sa consultation.

Agréez, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mes meilleures sentiments. Dr F. SANO.

La lettre précédente a trait à deux questions distinctes : une de forme, en matière de relations scientifiques et une autre de technique physiologique et clinique. En ce qui regarde la première, M. Sano se déclare étranger à l'enquête mystérieuse de la Salpêtrière, en 1893, et décline toute responsabilité à cet égard. On ne peut que lui savoir gré de la netteté de sa déclation et, ajouterai-je, de la forme courtoise qu'il a bien voulu lui donner.

La lettre de M. Sano est moins satisfaisante relativement à la question technique. Mais, au moment où il l'a écrite, il n'avait pas encore connaissance de la critique, selon moi très juste, de M. d'Arman. Je crois d'ailleurs savoir que M. Sano ne prétend pas avoir dit son dernier mot et qu'il prépare de nouvelles recherches.

Quant à présent, ce qu'il y a de plus clair c'est que, dans leur travail MM. Spehl et Sano se sont placés à un point de vue tout à fait spécial. Je ne veux pas essayer moi-même une réfutation en règle. Elle ne pourrait être que la répétition des nombreux articles que j'ai publiés sur le sujet, dans ce journal principalement. Je relèverai cependant une opinion de mes contradicteurs, rappelée dans la lettre de M. Sano pour montrer combien nous sommes éloignés de nous entendre. MM. Spehl et Sano vérifient le fait, annoncé par V. Frey, de l'influence du chlorure de sodium ingéré sur la résistance. Ils constatent donc que la résistance ne dépend pas uniquement de l'épiderme, qu'elle est en rapport avec la constitution chimique du sang et ils tirent la conclusion imprévue que, dès lors, sa mesure ne peut avoir aucun intérêt en physiologie ou en clinique. Il me paraît plus logique d'admettre exactement le contraire. R. VIGOUROUX.

VARIA

Tentative d'assassinat sur le Dr Charpentier.

Notre collègue et ami, M. le Dr Charpentier, médecin de Bicêtre, a failli être assassiné le 26 janvier, dans son cabinet de consultation. Parmi les premières personnes venues du dehors et admises ensemble dans son cabinet, un homme s'est avancé jusqu'à sa table et, debout en face de notre collègue resté assis, lui a dit : Bonjour Docteur, est-ce que vous me reconnaissez ? — Oui, répondit aussitôt M. Charpentier, vous êtes Recq, un ancien... Sans le laisser achever, l'ancien malade éleva sa main droite qu'il avait gardée jusque-là dans sa poche, allongea un revolver dont la baguette de sûreté avait été préalablement relevée et tira une balle sur M. Charpentier, en pleine poitrine, presque à bout portant. Le surveillant, M. Siegel, se jeta aussitôt sur le maltaiteur et l'empêcha de tirer un second coup.

Fort heureusement, la balle a frappé le sternum, contre lequel elle s'est aplatie déterminant une plaie contuse avec hémorrhagie modérée.

Pendant qu'on procédait au pansement l'auteur de la tentative d'assassinat était conduit dans une cellule à la Sûreté, où les agents de police du Kremlin sont venus le prendre.

Le meurtrier se nomme Recq Jean-Marie ; il est né à Fleurines (Oise), le 24 mars 1852. C'est un ancien aliéné de Bicêtre, où il a été soigné par le Dr Charpentier, du 8 octobre 1888 au 23 janvier 1890. Lorsqu'il a été amené à Bicêtre, il venait de l'asile d'Evreux, où il avait été transféré de la maison centrale de Gaillon.

Les idées de persécution sont constatées par tous les médecins, qui l'ont examiné. Lorsque le directeur de Bicêtre, M. Pinon, lui a demandé la raison qui l'avait poussé à commettre son attentat, il a répondu qu'il avait été séquestré injustement pendant une partie de son existence, soit dans les prisons, soit dans les asiles, qu'on avait toujours refusé de lui rendre justice, et qu'il avait voulu, en tuant ou blessant un de ses anciens geôliers, attirer l'attention sur lui, passer en Cour d'assises, obtenir une réparation. Il disait cela d'un ton très calme, avec une figure reposée.

Le dernier certificat rédigé par le Dr Charpentier, à la date du 20 janvier 1890, et qui a déterminé la sortie de Recq, est ainsi conçu : « Aliéné persécuté persécutant, qui, sous l'in-« fluence de la séquestration prolongée, est devenu calme. « travailleur, soumis et a abandonné ses idées délirantes. Il « paraît avoir de bonnes intentions et nous paraît pouvoir être « mis en liberté. Mais nous ne pouvons affirmer qu'il sera à « l'abri de rechute et qu'il ne sera pas de nouveau dange-« reux. »

L'accident n'a pas eu de suite. M. Charpentier a pu continuer son service et nous sommes heureux de lui renouveler. à cette occasion, l'expression de notre vielle amitié. B.

Banquet offert à M. le Dr Jules Simon.

Les anciens élèves et les médecins amis de M. le Dr Jules SIMON lui ont offert, le 14 janvier, à l'Hôtel continental, un banquet à l'occasion de sa retraite des hôpitaux. Le grand nombre des adhérents n'a eu rien d'étonnant, étant donné l'estime et l'affection dont est universellement entouré le médecin des Enfants-Malades.

La réunion a été pleine de cordialité et d'entrain. Elle était présidée par M. le Dr Léon Labbé, qui a pris la parole au dessert ou mieux qui a laissé parler l'amitié déjà bien vieille qui le lie à son camarade Simon. Il a évoqué le souvenir de leurs années d'internat, de leur préparation aux concours et

de leur joie mutuelle après leur réussite. M. Labbé a provoqué les applaudissements de tous, en dévoilant le défaut invétéré de son ami : une modestie inexpliquable, qui lui a fait refuser tous les honneurs auxquels il avait droit. Il n'a voulu acquérir aucun des titres qui lui étaient réservés. Malgré celà, restant le praticien dans toute sa perfection et le clinicien hors ligne que chacun apprécie, il a conquis une notoriété universelle et occupe la plus belle situation qu'on puisse désirer. Les deux amis vivement émus se sont embrassés au milieu des applaudissements.

M. le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, a pris ensuite la parole au nom des chefs de service, qui regretteront leur collègue si gai, si aimable causeur et toujours prêt à leur rendre service et à leur prodiguer ses conseils éclairés. M. le Dr Merklen, ancien interne de M. Jules Simon, a rendu hommage au clinicien, qui a formé plusieurs générations d'élèves et l'a remercié des leçons brillantes qu'il faisait avec une conscience si remarquable. M. le Dr Le Roy des Barres a apporté le souvenir des médecins de la Légion d'honneur.

Au nom des nombreux médecins qui ont eu à faire soigner leurs enfants et qui ont trouvé en M. Simon un dévouement sans bornes, M. le Dr Segond a fait un discours des plus spirituels et des plus applaudis. Il a, avec finesse, mêlé à ses remerciments ceux des mères, qui ne sont pas les moindres. Enfin M. Paul Boncour, dernier interne de M. Jules Simon, est venu apporter son hommage de gratitude et d'affection, au nom de la jeunesse et des élèves qui se pressaient hier encore autour du maître Il l'a particulièrement remercié de ses leçons si courues faites aux consultations du samedi; il l'a remercié aussi d'avoir, jusqu'au dernier moment, enseigné cette thérapeutique qu'il connaissait si bien, ce qui lui constitue un juste titre à la reconnaissance de ceux qui ont eu la bonne fortune de l'écouter. M. Jules SIMON a remercié tout le monde de ces marques de sympathies : il a dit avec franchise qu'il regrettait son départ des hôpitaux et surtout cette jeunesse avec laquelle il se plaisait à causer. Il a fait, en un mot, une de ces causeries pleines de bonne humeur, d'esprit et d'à-propos, qui lui sont si familières.

Chacun se demandait dans l'assistance comment un homme aussi jeune pouvait être précisément celui à qui on offrait un banquet d'adieu, parce qu'il était atteint par la limite d'âge!

Banquet du Dr Huchard.

Mardi soir a eu lieu, au restaurant Cubat, le banquet offert au Dr HUCHARD, à l'occasion de sa récente élection à l'Académie de médecine, sous la présidence du Pr Potain. Rarement l'on avait vu, à des dîners de ce genre, une affluence aussi considérable, car les convives n'étaient pas moins de 245.

Les toast ont été nombreux. Le Pr Potain, prenant le premier la parole, rappela, aux applaudissements de tous, les débuts du nouvel académicien, le renom qu'il s'est acquis par ses travaux sur les maladies du cœur, les luttes qu'il eut à soutenir contre l'éternelle routine; il montra enfin, dans son entrée, à une si belle majorité, à l'Académie, la juste récompense d'une vie consacrée au travail et à la science.

Puis prirent la parole, Barette, premier interne du Dr Huchard, Weber, son collaborateur de l'hôpital Bichat, Baillet, son interne actuel, Rochon-Duvignaud, Potherat, au nom de la Société médico-chirurgicale, Santon, représentant la Société médicale de l'Aube, Roché, celle de l'Yonne; Füssinger, Berthod, au nom du syndicat des médecins de la Seine, enfin Labadie-Lagrave, qui, dans un toast en vers fort harmonieux et spirituel, a soulevé à plusieurs reprises, les applaudissements de l'assistance. Très ému, M. Huchard remercia, en un discours qui fut un vrai régal littéraire, tous ceux dont la sympathie l'avait soutenu dans sa carrière et que l'amitié réunissait autour de lui. Nous regrettons de ne pouvoir donner ici un aperçu de son toast original, rempli d'anecdotes sur son ancienne salle de garde, émaillé de boutades et de souvenirs; les applaudissements qui l'interrompaient à chaque instant lui ont prouvé que les assistants étaient avec lui de cœur et que ses collègues, ses élèves et ses amis étaient heureux de pouvoir fêter son succès.

La défense contre la Peste des Indes anglaises.

Les autorités civiles et maritimes viennent d'édicter plusieurs mesure préventives motivées par les cas épidémiques d'Angleterre et des Indes. Le maire de Toulon a pris un arrêté pour assurer la stricte application des règlements d'hygiène publique et la propreté des rues. Le préfet maritime a, de son côté, donné des ordres très formels pour que les bâtiments venant de ces pays soient immédiatement conduits au Lazaret et maintenus à ce mouillage pour subir une minutieuse visite médicale avant d'être admis à la libre pratique. Le Ministre de l'Intérieur de France a fait signer un décret complétant celui qui a été promulgué il y a quelques jours et qui édictait des mesures de précaution contre la propagation de la peste bubonique de l'Inde. Le décret primitif interdisait l'entrée en France des chiffons et débris de toute nature provenant de Bombay ou des autres localités de l'Inde infestées par le fléau. Le décret nouveau interdit le transit des menus objets toutes les fois qu'il pourra donner lieu à un débarquement ou une manipulation quelconque. Les journaux publient une dépêche de Bombay d'après laquelle le Pr Haffkine a expérimenté un nouveau vaccin contre la peste; l'efficacité de ce sérum ne ferait pas de doute pour lui. A une grande majorité, le conseil sanitaire du Caire a émis le vœu que, d'une manière générale, tout pèlerinage à la Mecque fut supprimé. Le bruit concernant un cas de peste bubonique qui aurait éclaté à Massaouah est, d'après une note officieuse, absolument faux. Le tsar a nommé une Commission spécialement chargée de rechercher quelles sont les mesures afin d'éviter tout danger d'invasion de la peste. Les journaux russes sont unanimes à réclamer d énergiques mesures sanitaires de la part de tous les Etats européens, et surtout des Etats maritimes, pour garantir l'Europe de la peste qui sévit dans l'Inde. On écrit de Saint-Pétersbourg que le comte de Montebello a eu des conférences avec le Ministre des affaires étrangères russes et qu'ils ont examiné le cas où l'Angleterre éluderait dans un intérêt commercial les précautions pour empêcher l invasion de la peste en Europe. La Russie et la France prendraient alors l'initiative d'une action commune des puissances pour obliger l'Angleterre à prendre les mesures dont il s'agit. On mande de Vienne, le 20 janvier, à la *Gazette de Cologne*, que la participation de toutes les puissances à la conférence sanitaire internationale proposée par l'Autriche est déjà assurée. Le Ministre des affaires étrangères de Turquie vient de donner l'ordre au Conseil général de Turquie à Bombay de télégraphier quotidiennement le nombre des cas et des décès provoqués par la peste. Le Consul doit également signaler les mesures sanitaires qui seront appliquées à l'égard des pèlerins se rendant au Hedjaz.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 1er. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Humbert, Lejars, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Terrier, Delbet, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Tuffier, Sébileau. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Widal.

MARDI 2. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassavant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Proust, Charrin, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Panas, Albarran. — (2e *partie*). Charité : MM Jaccoud, Dieulafoy, Achard. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

MERCREDI 3. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Ricard, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker : MM. Peyrot, Tuffier, Broca. — (2e *partie*). Necker : MM. Landouzy, Chauffard, Wurtz.

JEUDI 4. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Pozzi, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Guyon, Maygrier, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Tarnier, Berger, Nélaton.

VENDREDI 5. — 3e *de Doctorat* oral, (1re *partie*) : MM. Marchand, Ricard, Lejars. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Tillaux, Broca, Walther. — (2e *série*) : MM. Terrier, Humbert, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 6. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Marfan. — (2e *série*) : MM. Cornil, Gilbert, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié : MM. Berger, Quénu, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Debove, Raymond, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 3. — M. Lourier. Etude sur l'œdème névropathique éléphantiasiaque. — M. Martinais. Traitement de l'uréthrite chro-

nique par les lavages antiseptiques méthodiques de l'urethre. — M. de Cazis de Lapeyrouse. De l'action hemostatique de l'eau chaude en obstétrique. — M. Laure. Contribution à l'étude de la désinsertion traumatique des muscles de l'œil. — M. Vigour. Etude sur les principales indications intra-veineuses du sérum physiologique.

Jeudi 4. — M. Bloch. L'assistance médicale dans les campagnes. — M. Bibard. Contribution à l'étude des causes externes du décollement de l'épiphyse humérale supérieure. — M. Pelletier. Le tubage du larynx dans certaines formes de laryngite aiguë de l'enfant. — M. Cortyl. Du cancer des fumeurs. — M. Legay. Contribution à l'étiologie de la chorée. — M. Gasne. Localisations spinales de la syphilis héréditaire.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr DUROZIEZ (de Paris).

M. le Dr Duroziez, chevalier de la Légion d'honneur, ancien chef de clinique de Bouillaud à l'hôpital de la Charité, ancien président de la Société de Médecine de Paris, vient de succomber.

« Duroziez, qui meurt à l'âge de 71 ans, a laissé dans l'histoire de la pathologie cardiaque, dit la *France médicale*, un sillon qui restera profondément tracé. Ce n'était pas seulement un observateur très sagace, dont le doigt et l'oreille étaient particulièrement exercés et habiles ; c'était avant tout un excellent homme, dont le souvenir restera toujours cher à ceux qui ont eu comme nous le plaisir de le connaître. »

Voici la liste de ses principaux travaux :

De l'influence des maladies du cœur sur la menstruation et la grossesse (1875). — Des lésions chroniques du cœur d'origine traumatique (1880). — De la péricardo-pleurite (1881). — Bruit de roulement du deuxième temps (1881). — Mitrale et tricuspide (1832). — Diagnostic des bruits organiques et inorganiques du cœur (1883). — Rétrécissement mitral (1883). — Rétrécissement de la tricuspide (1883) — Souffle sibilant au deuxième temps (1884) — Sphincter des embouchures des veines caves et cardiaques (1884) — Sphincter et valvules (1885). — Claquements cardiaques (1885). — Auscultation de l'aine (1885). — Pouls veineux et pouls géminé (1886). — Dilatation primitive de l'oreille droite. (1887). — Sténose des coronaires (18 7). — Grand cœur rhumatismal (1887). — Sphincter du trou ovale (1888). — Maladie bleue (cyanose) (1888). — Cœur et carotide (1889). — De la présystole (1890). — Pouls lent et pouls fréquent (1891). — Dilatation de l'artère pulmonaire (1891). — Dilatation de l'artère pulmonaire (1891). — Chorée et cœur (1892). — Dualité du cœur (1892). — Rétrécissement pulmonaire (1893). — Traumatisme et insuffisance aortique (1894). — De la percussion du cœur dans le dos (*Soc. de Méd.*, Paris, 1896, 10 oct.). — Adhérences du péricarde, etc., etc.

Une mention toute spéciale doit être consacrée à son volume intitulé *Traité clinique des maladies du cœur,* (Paris, 1891), et à ses premières publications : *Clinique de la Charité. Service de Bouillaud.* Paris, 1853, 50 pages.

Les funérailles ont eu lieu lundi il y a 15 jours devant un nombre assez considérable de confrères. Trois discours ont été prononcés sur la tombe, par M. le Dr Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, par M. le Dr Jullien, secrétaire général de la Société de Médecine de Paris, et par M. le Dr Chassevant. M. B.

M. le D H COLLADON (de Genève).

Le corps médical génevois, si éprouvé déjà dans l'année qui vient de se terminer, a été frappé d'un nouveau deuil en la personne du Dr H Colladon, qui a succombé à la fin du mois dernier à une affection renale, à l'âge de 5 ans.

Colladon (L. H.), né à Genève le 9 août 1841, appartenait à une famille originaire de la Châtre, en Berry, qui s'était réfugiée à Genève pour cause de religion à l'époque de la Réformation et qui a compté, au nombre de ses membres, non seulement des jurisconsultes éminents, mais encore plusieurs médecins de merite.

Elevé dans les écoles publiques de Suisse, H. Colladon étudia d'abord la médecine à Paris puis, suivant une vieille tradition génevoise maintenant abandonnée, il se rendit a Edimbourg où il fut reçu docteur en 1869. Il fit de nouveau un court séjour a Paris, puis il visita les hôpitaux de Londres et de Vienne où il s'initia sous la direction de Politzer à la pratique de l'otologie. De retour dans sa ville natale, il publia en 1878 une thèse sur le traitement des maladies de la peau, un des sujets qui l'avait le plus captivé dans le cours de ses études. Voici la liste de ses publications :

Quelques considérations sur le traitement des maladies de la peau, 1870 ; — L'oreille et la surdité, 1875 ; — Ténotomie du muscle tenseur du tympan, 1877 ; — Lettre à propos de l'armée du Salut, 1883 ; — Rapport sur la Société médicale de Genève, 1884 ; — Du traitement de l'otorrhée. 1887, — De la colique hépatique, 1892 ; — Des abcès de fixation en Otologie, 1894 (*Revue méd. de la Suisse Romande*, nº 1, 1897).

FORMULES

IX. — Iodure de potassium en pilules. (Lang).

Iodure de potassium.	10 grammes
Sucre de lait.	5 —
Lanoline.	3 —

Pour faire 50 pilules.

Ces pilules sont peu irritantes ; et il vaut mieux ne pas les prendre à jeun La forme pilulaire est très commode, parce qu'elle supprime le mauvais goût et rend le médicament plus facile à transporter ; mais elle nécessite l'absorption d'une certaine quantité de liquide ou l'emploi au moment des repas.

X. — Liniment contre les hémorrhoïdes. (M. L. H. Adler.

Extrait fluide d'hamamelis virginica.	ãã 16 gr.
Extrait fluide d'hydrastis canadensis.	
Teinture de benjoin composée . . .	
Teinture de belladone	4 gr.
Huile d'olive phéniquée à 5 0/0. . . .	32 gr.

Mêlez. — Usage externe.

XI. — Gargarisme contre l'amygdalite lacunaire. (M. Levy.)

Créosote de hêtre.	VIII gouttes.
Teinture de myrrhe	ãã 60 grammes.
Glycérine.	
Eau	120 —

Mêlez. — Usage externe.

XII — Mixture contre la toux quinteuse de la bronchite aiguë — M. W. H. Thomson.

Sulfate de morphine.	0 gr. 05 centigr.
Hydrate de chloral	5 grammes.
Emulsion d'huile de lin.	150 —

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à bouche une heure après chaque repas. (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 17 janv. au samedi 23 janv. 1897, les naissances ont été au nombre de 1 188, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 432; illégitimes, 181. Total, 613. — *Sexe féminin :* légitimes, 403 ; illégitimes, 172. Total, 575.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424.705 habitants, y compris 18,380 militaires Du dimanche 17 janv. au samedi 23 janv. 1897, les décès ont été au nombre de 1.002, savoir : 496 hommes et 506 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4 F. 4, T. 8. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 9, F. 6, T. 15. — Scarlatine : M. 0, F. 2 T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 11. T 14. — Diphterie, Croup : M. 3, F. 7, T. 10 — Grippe : M. 2, F. 1, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 99, F. 72, T. 171. — Méningite tuberculeuse : M 10, F. 7, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 8, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 9, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 39, T. 60. — Meningite simple : M. 12, F. 9, T 21, — Congestion et hemorrhagie cérébrale : M. 30, F. 25, T 55. — Paralysie, M. 1. F. 6 T. 7. — Ramollissement cerébral : M. 2, F 6, T. 8 — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 37, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 18. T. 53. — Bronchite chronique : M 10, F 16. T 26 — Broncho-pneumonie : M 28, F 27, T. 55. — Pneumonie : M. 22, F. 21. T. 43. — Autres affections de l'appareil respiratoire . M. 34, F 39. T. 73 — Gastro-enterite biberon : M. 13, F. 7, T 20. — Gastro-entérite, sein : M. 3. F 1, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fievres et peritonite

puerpérales: M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales: M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale: M. 12, F. 11, T. 23. — Sénilité: M. 17, F. 25, T. 42. — Suicides: M. 21, F. 4, T. 25. — Autres morts violentes: M. 10, F. 3, T. 13. — Autres causes de mort: M. 101, F. 80, T. 181. — Causes restées inconnues: M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 115, qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 47, illégitimes, 15. Total: 62 — *Sexe féminin*: légitimes, 42, illégitimes, 11. Total: 52.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Elections*. — L'Académie des sciences, dans sa dernière séance, a élu M. FILHOL, membre de la section d'anatomie et de zoologie, en remplacement de M. Sappey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. RAILLIET, pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante, dans la section de médecine vétérinaire, par suite du décès de M. Colin (Gabriel).

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. KOENINGS, docteur ès sciences, chargé de cours à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur de mécanique physique et expérimentale à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. JOURDAN, docteur ès sciences, chargé de cours à la Faculté des sciences d'Aix-Marseille, est nommé professeur de physiologie à ladite Faculté (chaire créé).

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. JEANJEAN, professeur de chimie organique et toxicologie, est nommé pour trois ans directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — M. CHARON, licencié ès sciences physiques, est chargé des fonctions de chef des travaux près le laboratoire de chimie organique dirigé par M. Friedel, à l'Ecole des hautes études (section des sciences physico-chimiques), pendant la durée du congé accordé à M. Grinet.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Le concours pour l'emploi de répétiteur d'anatomie et de chirurgie à l'École du service de santé militaire de Lyon s'est terminé la semaine dernière, au Val-de-Grâce, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz, inspecteur général. MM. BATUT, médecin major, et M. MARCUS, médecin surveillant au Val-de-Grâce, ont été reçus.

CONFÉRENCES D'INTERNAT DE PARIS. — MM. Batigne, Maurice Faure, Le Fur, Rosenthal et Bertheraud, internes des hôpitaux, ont commencé une conférence d'internat le samedi 16 janvier, à deux heures, à l'Hôtel-Dieu, et la continueront les samedis suivants.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — Par arrêté du 13 janvier 1897, ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire des colonies, pour compter du même jour, les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine dont les noms suivent, savoir: MM. Bouet (Georges-Théodore-Louis), Régnier (Ernest-Pierre-Prosper), Couderc (Antoine), Fraissinet (Jules-Joseph-Ferdinand), Gibert (Joseph-Marius), Germain (Jules-Charles-Jean-Louis), Féray (André-Jean-Marie).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par le Ministère des Colonies sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur*: MM. Garnier, médecin principal des colonies; Lafage, médecin de première classe; Jacob de Cordemoy, médecin à la Réunion; Léger, médecin à la Guadeloupe: MM. les Drs civils Darricux, de Saint-Jean-Pied-de-Port et Rehan, de Louvigné-du-Désert; Mme Meynard, sœur Saint-Charles, supérieure à l'hôpital de Montbrison.— Parmi les Chevaliers, nous citerons encore, au titre de Madagascar: MM. les médecins-majors Bischoff, Altemaire, Morand et Hurttel, et l'officier d'administration des hôpitaux Chiappe. — Par le Ministère de la Guerre, MM. Strauss et Czernicki, médecins principaux; Achard et Kopp, médecins-majors de première classe; Fluteau, médecin principal, et de Schuttlaere, médecin-major de première classe. — Sont nommés en outre: *Chevaliers*: MM. Altemaire, Baratte, Barel, Baudouin, Beylier, Bischoff, Briot, Choux, Douart, Dziewonski, C.-F. Favier, C.-F.-I. Février, Hürstel, C.-A. Legrain, Manquat, H.-A.-A. Mignon, Morand, J.-E. Pauzat, de Peyret, Poirier, Stoupy, Sudour (médecins de l'armée active); Baudin (médecin de l'armee territoriale); Amouretti, Babot, Coppin, Gauran, Geay de Couvalette, de Gouyon de Pontouraude, Planté, Torel (médecins de la marine): L.-J. Garnier, Latage (médecins des colonies); Jacob de Hordemoy (de Saint-Benoît); Léger (de Pointe-à-Pitre); Montané (de la Havane), Mouton (de Lisbonne).

Sont nommés *Officiers d'Académie*: MM. les Drs Montignac, Veilleau, Vollier (de Paris); Allary (de Leucate); Armet (de Sallèles d'Aude); Bellissent (de Sigean); Cazaux (d'Oloron); Deroyer (de Fougères); Juppé (d'Arudy). — Une *mention honorable*, pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. le Dr Combet (de Vichy) et à M. Lepage, préparateur à la Faculté de Médecine de Lille.

Un des membres les plus illustres du Corps médical britannique vient d'être l'objet d'une distinction exceptionnelle. M. LISTER, le promoteur du pansement antiseptique, a été créé lord par la reine d'Angleterre. C'est la première fois que le titre de pair est conféré à un médecin anglais.

RÉCOMPENSES. — Le Ministre de l'Intérieur, sur la proposition du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge, et à l'occasion du jubilé de M. Théophile Roussel, a accordé des récompenses aux médecins suivants: *Diplôme supérieur*: MM. Bozonet, Colon, de Velling. — *Médailles d'argent*: MM. Blanc, Bouchain, Ciaudo, Cornet, Cousyn, Dorvan, Duché, Ducondut, Durand, Desmons, Ficheux, Gachassin, Lafite, Mazade, Ramadier, Régimbart, Sellier. — *Médailles de bronze*: MM. Alexandre, Barthès, Berthelot, Blanche, Blin, Boudou, Boujn, Campion, Cantié, Cazes, Chavanon, Cosson, Cristofini, Delfau, Denis, Faivre, Fuzet du Pouget, Guinand, Laumet, Lautré, de Lavernay; Lutel, de Manny, Marie, Massu, Massul, Metton, Lepouzé, Perriou, Picard, Purrey, Richaud, Duvernet, Rousseau, Touchard.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'hygiène sociale* professé à la Bourse du Travail, rue du Château-d'Eau, 3. — Sujet du cours: *l'hygiène et l'alimentation des travailleurs*. M. le Dr A.-J. MARTIN fera la leçon du samedi 30 janvier 1897, à huit heures et demie du soir à la Bourse du Travail, salle des conférences, sur la durée du travail au point de vue de l'hygiène. La conférence pratique du dimanche 31 janvier 1897, sera consacrée à la visite de l'Institut Pasteur, rue Dutot, 25, à dix heures et demie du matin. Les cours et les conférences sont publics.

TROUBLES UNIVERSITAIRES EN RUSSIE. — On télégraphie de Vienne au *Times* que, d'après un télégramme particulier de Saint-Pétersbourg, les huit cents étudiants arrêtés dernièrement à Saint-Pétersbourg et à Moscou ont été relâchés, mais ont été exclus pour un an des Universités. Cette indulgence est très peu ordinaire en Russie et résulte des ordres précis donnés par le tsar à l'encontre de l'opinion manifestée par les autorités. S'il en eût été autrement des centaines d'étudiants seraient actuellement en route pour la Sibérie.

LA PESTE AUX INDES. — *Dernières nouvelles*. — Les nouvelles de la peste bubonique sont de plus en plus alarmantes. L'épidémie s'est propagée de Bombay à Poona et même dans des districts où l'on avait coutume de se rendre pour les soins de la santé, tels Bandra. Elle a fait 200 victimes dans les dernières vingt-quatre heures. — Le *Times* tient à ce propos, de son correspondant d'Odessa, que des mesures prophylactiques très rigoureuses sont prises dans toute la Russie méridionale pour empêcher l'invasion de la peste. — On annonce l'arrivée à Bombay du médecin général Cleghorn, commissaire sanitaire du gouvernement des Indes, qui vient étudier la peste bubonique, et l'on ajoute à ce propos que le célèbre bactériologiste Haffkine recommande à l'administration vice-royale d'isoler complètement la ville et, au besoin la présidence par le moyen d'un cordon sanitaire de troupes et d'agents de police; il est d'avis qu'aucun indigène ne devrait être autorisé à quitter Bombay sans avoir été placé en observation médicale pendant un temps spécifié, et cela sous peine de voir l'épidémie se propager à travers la péninsule hindoue tout entière. — Le conseil supérieur de santé de Vienne a donné son assentiment aux propositions concernant la peste indienne et tendant à interdire l'introduction, sur le territoire austro-hongrois, des vieux effets, linge de corps, chiffons et déchets de provenance asiatique, la Russie d'Asie exceptée. Ces propositions visent également l'organisation, dans les provinces occupées, de pèlerinages à la Mecque; les autorités sont invitées à s'y opposer autant que possible et, au besoin, à les surveiller administrativement. — Les dernieres nouvelles de Bombay relatives à l'épidémie de peste bubonique sont fort peu rassurantes. L'épidémie augmente. Elle atteint les faubourgs. Elle s'étend à Bandora. Jusqu'ici, il y a eu 2.094 malades et 1.494 morts. La mortalité générale pour la semaine passée a été de 1.416 (soit une proportion de 109 pour 1.000). C'est la plus forte qui ait été enregistrée jusqu'ici. Les habitants, en nombre considérable, continuent à quitter la ville. Les journaux critiquent vivement les autorités et mettent la population en garde contre la possibilité de proclamer l'état de siege. On craint que, si la situation ne change pas, Bombay ne soit soumis aux mêmes épreuves que Hong-Kong. Toutefois la situation des Européens est relativement satisfaisante; on ne signale parmi eux aucun décès pour la semaine passée. Ajoutons à ces détails de date récente que, d'après une lettre du 10 décembre adressée au *New-York Herald*,

les rapports officiels sur la peste seraient absolument inexacts et représenteraient la situation, comme beaucoup moins grave qu'elle ne l'est réellement. On évaluait, il y a quinze jours, à 300,000 le nombre des indigènes qui avaient quitté la présidence et le taux de la mortalité était alors de 100 par jour.

La Fièvre jaune a la Martinique. — L'état sanitaire paraît être redevenu normal. Au 25 novembre, il n'y avait aucun cas de fièvre jaune en traitement, et les derniers décès remontaient, l'un à Fort-de-France, au 18 novembre, l'autre à Saint-Pierre, au 7 novembre.

Les Médecins et les Insurrections. — *Le médecin de Maceo.* — On sait que le chef de l'insurrection cubaine est mort. Le docteur qui soignait Maceo et qui a fait toute la campagne avec lui, et qui se nomme Maximo Dertuche, s'est constitué prisonnier entre les mains des Espagnols. (*Rev. méd.*).

Un centenaire. — On mande de Vienne que M. Maurice Kann, le plus vieil habitant de la capitale, a célébré, récemment le 110e anniversaire de sa naissance. Il naquit en 1787, à Frauenkirchen, en Hongrie et fut boucher de sa profession. Pendant sa longue existence, il n'a été que deux fois malade ; la première fois, ce fut après avoir atteint sa 100e année. Il a conservé son intelligence et un restant de vigueur. Sa mémoire est bonne, et il raconte encore avec animation les souvenirs de sa jeunesse qui ont trait aux guerres entre l'Autriche et Napoléon Ier.

Le Budget des Aliénés de la Seine. — M. Dubois a déposé au Conseil général de la Seine le rapport général du service des aliénés. Le rapporteur se plaint de l'encombrement des asiles ; il en étudiera les causes. Il croit que les placements d'office y contribuent pour la plus grande part. M. Dubois a fait entrevoir la nécessité prochaine de créer un *sixième asile* qui, à son avis, sera encore insuffisant. Il estime que la spécialisation des asiles donnerait de bons résultats. Sur sa proposition, la participation de la ville de Paris sur les dépenses des asiles des aliénés a été fixée à 46 0/0, soit 1 0/0 de plus que l'année dernière. Le Conseil a délibéré que l'administration sera invitée : 1° à créer une annexe de la colonie de Dun-sur-Auron pour les aliénées femmes) ; 2° à faire un essai de colonie familiale pour les aliénés chroniques (hommes), près de Dun ; 3° à étudier les moyens d'organiser une colonie familiale d'aliénés dans les environs de l'asile de Ville-Evrard. L'administration est invitée à prendre les mesures nécessaires pour que dans le cours de 1897 les petites filles provisoirement traitées à l'asile de Villejuif soient dirigées sur la fondation Vallée et le quartier spécial de la Salpêtrière.

Secours de Grossesse a Paris. — Un crédit de 100·000 fr. demandé par M. Bompard pour secours de grossesse aux femmes indigentes a été voté par le Conseil municipal de Paris. Le rapporteur a fait observer à ce sujet que les femmes ayant atteinte leur septième mois de grossesse figurent seules sur le tableau de répartition, contrairement aux intentions de la commission qui a entendu secourir indistinctement les femmes enceintes indigentes, quel que fut leur degré de grossesse.

Loi sur l'Infanticide. — M. Félix Martin a déposé une proposition tendant à compléter comme suit l'article 302 du Code pénal : « Si l'auteur de l'infanticide est la mère et s'il n'y a pas eu préméditation, la peine sera celle des travaux forcés à perpétuité. Sur ce point, rien à dire. Mais si l'auteur de l'infanticide est la mère, et si le jury déclare qu'elle a agi *sous l'influence d'un état mental troublé par la grossesse ou l'accouchement*, la peine sera d'un an à cinq ans d'emprisonnement. Alors il faudra aussi condamner les *fous!* Puisque cette femme est malade, il serait au moins humain de ne pas la condamner !

Les Chirurgiens au Cercle Volney. — Le premier des petits salons vient de s'ouvrir, et peintres et sculpteurs, au cercle Volney nous attendent. La petite phalange des maîtres y est représentée par quelques morceaux vigoureux. Tel le portrait de M. le Dr Peyrot, dont le relief puissant, adouci par l'heureuse distribution de la lumière, séduira tous les admirateurs de M. Bonnat.

Nécrologie. — M. le Dr Rougier (Ernest), médecin et maire à Irissarry (Basses-Pyrénées), reçu en 1881. — M. le Dr Rouxel de Saint-Brieuc, reçu en 1887. — M. le Dr Gauthier (Léonard), interne à la Maison nationale de Charenton. — M. Quesney, médecin à Quillebeuf (Eure), reçu en 1852. — M. le Dr Martin-Lauzer (de Paris), reçu en 1840. — M. le Dr Aubry (Daniel), médecin de la marine, décédé à l'hôpital maritime de Brest, le 17 janvier, à l'âge de 32 ans. — M. le Dr Héroguelle d'Amiens. — M. le Dr Michaz (du Pré-Saint-Gervais). — M. le Dr Nicolas, médecin à Pleurtuit (Ille-et-Vilaine), reçu en 1879. — M. le Dr Dourdin, d'Evron (Mayenne), reçu en 1866.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules Voisin commencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales, le jeudi, à 10 h. du matin.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hôpital Saint-Antoine. — MM. Gilbert Ballet et E. Brissaud reprendront leurs leçons cliniques annuelles sur les *maladies du système nerveux* les jeudis et dimanches à 10 heures. M. Brissaud commencera le jeudi 21 janvier et continuera les jeudis suivants à 10 heures. M. Gilbert Ballet commencera le dimanche 24 janvier et continuera les dimanches suivants à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Hallopeau, dimanche, 31 janvier, à 9 heures et demie (salle des conférences.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMBERT et Cie, 61 rue de Rennes.

Nous engageons vivement nos lecteurs à prendre connaissance de la très importante étude, toute d'actualité, que la Grande Encyclopédie, dans sa 545e livraison vient de faire paraître sur *Madagascar* par MM. G. Foncin (géographie physique, politique et économique), Zaborowski (anthropologie), Dr L. Hahn et A. Jolly (flore), E. Trouessart (faune), G. Regelsperger (histoire) avec une magnifique carte en couleurs hors texte. — Les mêmes fascicules contiennent les articles *Madras*, *Madrid* (plan et illustrations), *Magdebourg*, par M. A.-M. Berthelot, *Magenta* (plan de la bataille), par le colonel Hennebert, *Magnétisme*, par M. A. Joannis. — Prix de chaque livraison : 1 franc. — Une feuille spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Parallèle entre la trachéotomie et le tubage dans le croup (1).

Par le Dr SEVESTRE,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Depuis l'époque où elle fut, pour la première fois, employée avec succès par Bretonneau, puis vulgarisée et mise en honneur par Trousseau, la *trachéotomie* est restée, jusqu'à ces dernières années, l'unique moyen mis à notre disposition pour combattre l'asphyxie laryngée dans le croup.

En 1858 cependant, Bouchut avait proposé sous le nom de *tubage de la glotte*, une autre méthode consistant à introduire par la voie buccale un tube dans le larynx et à rétablir ainsi la perméabilité des voies aériennes. Dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, Bouchut rapportait deux observations qui lui paraissaient établir : « 1° La facilité qu'on a de pratiquer le tubage de la glotte au moyen d'une virole ou canule fixée par les cordes vocales inférieures et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte; 2° la tolérance de cette virole par le larynx ; 3° la possibilité de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx par ce moyen, de préférence à la trachéotomie ; 4° la facilité qu'ont les grosses concrétions pseudo-membraneuses, formées dans la trachée et dans les bronches, de sortir par ce tube intra-glottique ; 5° l'utilité de cette ressource nouvelle pour les médecins qui, dans de petites localités, sans aides et loin de tout secours, pourront employer ce moyen de préférence à tout autre. »

La méthode nouvelle fut violemment attaquée par Trousseau: l'apôtre de la trachéotomie ne pouvait, en effet, souffrir qu'on cherchât à restreindre l'importance d'une opération qu'il avait, non sans peine, fini par imposer dans le traitement du croup ; il apporta dans la lutte toutes les ressources de sa puissante dialectique et, grâce à son autorité incontestée, il réussit, malgré l'opposition de Malgaigne, à faire voter par l'Académie les conclusions suivantes : « 1° Le tubage du larynx, tel qu'il a été appliqué jusqu'à présent, ne nous a paru ni assez utile, ni assez exempt de danger pour mériter l'approbation de l'Académie; 2° la trachéotomie, dans l'état actuel de la science, est le seul moyen à employer lorsqu'il ne reste plus d'autres chances de salut dans l'emploi des moyens médicaux. »

Ces conclusions, venant à la suite d'une discussion retentissante, furent considérées par tout le monde comme la condamnation formelle du tubage. Il faut reconnaître pourtant qu'elles contiennent certaines réserves, comme si l'on avait craint d'engager l'avenir et il convient aussi d'ajouter, à la décharge de l'Académie, que l'instrumentation de Bouchut était loin d'être parfaite, que les observations rapportées par lui n'étaient ni assez nombreuses ni assez concluantes pour entraîner la conviction, et que, en somme, la méthode n'était pas suffisamment mûrie.

(1) Communication à la Société de Thérapeutique (séance du 27 janvier).

Au cours de la discussion, Malgaigne avait prononcé ces paroles : « Que l'histoire de la lithotritie nous serve d'exemple! Qui sait si le tubage ne sera pas un jour pour le croup ce que la lithotritie est pour les pierres de la vessie ? »

L'événement devait plus tard lui donner raison. En 1881, un médecin laryngologiste de New-York, O'Dwyer, eut la même idée que Bouchut, et sans connaître, paraît-il, les travaux du médecin français, inventa à son tour, ou plutôt réinventa le tubage sous le nom d'*intubation du larynx;* mais, plus avisé ou plus patient que Bouchut, il ne se pressa pas de publier sa méthode ; il se mit à l'étude avec ardeur, chercha les meilleures combinaisons instrumentales, perfectionna l'outillage et l'amena à un degré tel que, jusqu'à ces dernières années, on a pu l'employer dans le monde entier sans lui faire subir de modifications importantes. C'est alors seulement, et lorsqu'il eut réuni un nombre imposant de résultats favorables, que O'Dwyer fit connaître les principes et l'application de la méthode nouvelle. Si la découverte du tubage appartient, sans contestation possible, à Bouchut, il faut bien reconnaître que la vulgarisation de ce mode d'intervention est due à O'Dwyer ; celui-ci a même été plus qu'un vulgarisateur et il n'est que juste de dire, comme on l'a fait au Congrès de Berlin, que le tubage a deux pères : Bouchut et O'Dwyer.

Le tubage a été pratiqué d'abord en Amérique et n'a pas tardé à y remplacer presque complètement la trachéotomie; puis il s'est répandu en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Russie, mais n'a guère rencontré de partisans en France, où quelques tentatives seulement ont été faites. Jacques (de Marseille) fut pendant longtemps seul à recourir à l'intubation d'une façon régulière. Pendant ce temps, la nouvelle méthode faisait des progrès en Italie, en Espagne, un peu partout, sauf en France, jusqu'à la fin de l'année 1894.

A ce moment, la sérumthérapie commençait à être appliquée par la plupart des médecins et, de ce fait, commençait aussi une ère nouvelle pour l'intervention opératoire dans le croup. Cette intervention n'était plus, en effet, un expédient aléatoire employé à tout hasard pour empêcher le malade de mourir asphyxié, sans lui donner de chances de guérison définitive: c'était un moyen de gagner du temps, de *prolonger la vie du malade jusqu'au moment où l'action du sérum deviendrait efficace* et pourrait le sauver. Il s'agissait simplement de gagner deux ou trois jours en général, souvent même seulement vingt-quatre heures et, dans ces conditions, il va de soi que si le résultat pouvait être obtenu sans traumatisme, le bénéfice n'était pas à dédaigner.

C'est alors que le tubage, jusqu'alors à peu près inconnu en France, commença à être appliqué de côté et d'autre. Les tentatives furent d'abord timides, peu nombreuses ; mais bientôt elles se répétèrent et très rapidement le tubage en vint à supplanter presque complètement la trachéotomie. A Paris, depuis deux ans, dans les deux hôpitaux d'enfants, le tubage est devenu la règle, la trachéotomie l'exception.

Il nous semble donc que le moment est venu de com-

parer entre eux les deux modes d'intervention et de rechercher si l'un des deux doit être préféré à l'autre. C'est à ce point spécial que nous bornerons l'étude actuelle, basée en particulier sur l'examen des faits observés depuis deux ans dans le service de la diphtérie, à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Il semble à *priori* que, pour résoudre la question, il suffise de comparer les résultats fournis par les diverses statistiques publiées jusqu'ici ; mais ces statistiques, aussi bien pour la trachéotomie que pour le tubage, sont très disparates : très satisfaisantes dans quelques séries de cas, elles sont pour d'autres plus que médiocres. Tout au plus peut-on chercher à dégager une conclusion de l'ensemble de ces statistiques : c'est ce qu'a tenté M. Gillet (1). En dépouillant un très grand nombre de travaux sur ce sujet, il a pu réunir un total de 8.457 intubations qui ont donné 2.571 guérisons, c'est-à-dire une proportion de 29.94 0/0, ou en chiffres ronds 30 0/0. Pour la trachéotomie, il est arrivé à un total de 16.293 opérations, avec 4.902 guérisons, soit 33,2 0/0. D'autre part, un autre relevé fait par Prescott et Goodtwait se chiffre pour un nombre total de 23.941 trachéotomies par une proportion de 28,97 0/0 de guérisons. En combinant ces deux résultats, on peut considérer comme très proche de la réalité le chiffre de 30 0/0, c'est-à-dire une proportion égale à celle que donne le tubage.

Ces statistiques, dans un cas comme dans l'autre, sont toutes antérieures à l'emploi du sérum dans le traitement de la diphtérie et il serait intéressant de continuer la comparaison depuis l'application du nouveau traitement. Malheureusement cela nous est impossible ; nous savons bien que le tubage donne aujourd'hui une proportion de guérisons de 75 0/0 en moyenne, et souvent même plus élevée, mais nous ignorons ce que fournirait la trachéotomie dans des conditions analogues. En effet, depuis deux ans, le tubage a été employé d'une façon presque exclusive dans le traitement de l'obstruction laryngée et la trachéotomie n'a plus été faite que dans des circonstances très rares, à peu près toujours dans des cas désespérés, lorsque le tubage n'avait pu être pratiqué ou n'avait pas soulagé le malade ; il n'y a donc aucune comparaison à établir entre les deux séries de cas.

C'est ailleurs qu'il faut chercher les éléments d'appréciation permettant de résoudre la question : nous en trouvons heureusement de très nets et de très caractéristiques dans l'examen comparatif de l'opération elle-même et des accidents qui peuvent se produire pendant son cours ou survenir dans les jours suivants.

La trachéotomie constitue une opération souvent difficile ou tout au moins très scabreuse et fertile en incidents imprévus ; si un opérateur habile et entraîné par une pratique fréquente de la trachéotomie arrive en général à triompher de ces surprises, elles peuvent troubler ou même dérouter complètement un médecin peu familier avec l'opération et qui souvent d'ailleurs sera resté plusieurs mois ou même plusieurs années sans la pratiquer. S'il n'a pas pris ses points de repère avec une précision absolue, s'il dévie un tant soit peu de la ligne médiane, il est exposé à commettre une faute opératoire qui sera souvent difficile à réparer et qui pourra même compromettre entièrement le résultat définitif. Il en sera de même encore, si l'aide chargé de fixer la tête du malade ne la maintient pas dans une immobilité et une rectitude absolues, dans un état d'extension suffisante, mais non exagérée. L'opération peut d'ailleurs être compliquée par une hémorragie, par une syncope, par une crise d'asphyxie ou même une apnée complète. Alors même que l'opération s'est terminée par l'introduction de la canule dans la trachée, le malade peut rester encore quelque temps dans un état de mort apparente, dont on ne réussit pas toujours à le tirer. En somme, l'opérateur le plus habile, le mieux exercé, n'est jamais absolument certain de mener les choses à bien. Archambault, qui avait de la trachéotomie une très grande expérience et qui la pratiquait avec autant de sûreté que d'élégance, prenait toujours le soin de déclarer à la famille qu'il ne pouvait affirmer que l'enfant ne lui resterait pas entre les mains.

Pour le tubage, il n'en est plus tout à fait de même : assurément, il s'agit aussi d'une opération délicate, demandant une grande précision ; mais si l'on a pris soin de se faire la main par quelques exercices préparatoires, si l'on procède avec douceur et avec prudence, on n'a guère à redouter d'accidents graves.

Deux conditions sont indispensables pour bien faire le tubage : l'index de la main gauche doit posséder une exquise délicatesse de toucher, afin de pouvoir retrouver rapidement l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes servant de points de repère ; en outre, la main droite qui, munie de l'introducteur, conduira le tube dans le larynx, doit être exercée à manier cet instrument sans raideur, mais avec une souplesse particulière du poignet et en même temps avec une fermeté qui assure la précision des mouvements. L'éducation de l'index gauche se fait d'ailleurs assez vite, si l'on s'exerce à porter le doigt sur la base de la langue et à rechercher au-dessous l'épiglotte et l'orifice supérieur du larynx ; on peut faire cette exploration, sans le moindre danger, chez des enfants sains de différents âges, au cours des examens portant sur la gorge.

Pour la main droite, il importe de s'habituer à la manœuvre de l'instrument d'abord en le tenant dans la main et lui imprimant les mouvements convenables, pendant qu'on l'a sous les yeux ; on termine ensuite par quelques exercices sur un fantôme muni d'un larynx en caoutchouc et enfin sur le cadavre.

Lorsque, par ces divers moyens, on a suffisamment exercé l'index gauche et la main droite, on peut se risquer à pratiquer le tubage sur le vivant, sans être exposé à des accidents capables de compromettre le résultat. De ces accidents, le plus fréquemment observé, surtout chez les opérateurs novices, consiste dans la pénétration du tube dans l'œsophage ; on s'en aperçoit facilement en constatant que l'air ne traverse pas le tube et que l'enfant n'est pas soulagé ; on remarque aussi, en général, que le fil attaché au tube disparaît pour ainsi dire à vue d'œil, entraîné qu'il est par le poids du tube qui descend dans l'œsophage : dès lors, il suffit de retirer le tube et de recommencer l'opération à nouveau.

Les fausses routes à travers le larynx, les hémorragies sont extrêmement rares et ne peuvent résulter que de manœuvres brutales et maladroites ; les vomissements provoqués par le contact du tube ne méritent pas qu'on s'y arrête ; quant aux syncopes, elles peuvent se produire pendant le tubage comme pendant la trachéotomie, mais sont imputables à l'état de l'enfant au moment de l'opération beaucoup plus qu'au tubage lui-même.

Au contraire, l'augmentation de la dyspnée pendant le tubage ou dans les instants qui suivent résulte en général de l'obstruction du tube par une fausse membrane refoulée ou décollée : c'est un accident grave, mais que l'on peut ordinairement conjurer en retirant

(1) Gillet. *La pratique de la sérothérapie.* Paris. 1895.

de suite le tube et il arrive alors, dans un certain nombre de cas, que l'enfant rejette dans un accès de toux, la fausse membrane qui causait l'obstruction ; à la suite, le soulagement est souvent assez marqué pour qu'on puisse, au moins pour un certain temps, se dispenser de remettre le tube en place. Dans le cas contraire, et si une nouvelle tentative de tubage n'était pas suivie de succès, on en serait quitte pour faire la trachéotomie; c'est d'ailleurs une circonstance qui se présente rarement.

Au total, l'opération du tubage est, sans contredit, plus facile à pratiquer que la trachéotomie et elle expose beaucoup moins à des accidents graves ou impossibles à prévoir. Elle présente encore quelques avantages à d'autres points de vue : la plaie opératoire de la trachéotomie constitue, en effet, une surface d'absorption à la faveur de laquelle peuvent se faire des infections secondaires, et même, sans tenir compte des complications locales de la plaie, il n'est pas douteux que la bronchopneumonie est plus fréquente après la trachéotomie qu'à la suite du tubage.

Enfin, lorsque par suite de ces lésions pulmonaires ou pour toute autre cause, il existe de la fièvre, l'application des bains froids est presque impossible chez un enfant dont la trachée est ouverte et dont le cou et la partie supérieure de la poitrine ne peuvent être immergés, tandis qu'après le tubage la balnéothérapie est aussi facile à pratiquer que chez un enfant non tubé.

Cependant, quelle que soit en principe la supériorité du tubage sur la trachéotomie, il faut bien reconnaître qu'il y a un point noir : c'est un fait sur lequel on ne saurait trop insister. Après la trachéotomie, l'enfant peut être abandonné aux soins de la mère ou d'une garde tant soit peu intelligente ; il n'y a guère qu'à nettoyer la canule interne si elle vient à se boucher; les prescriptions relatives à l'alimentation, à l'aération, etc., sont faciles à éxécuter. Au contraire, après le tubage, l'enfant doit être l'objet d'une *surveillance toute spéciale*; ce n'est pas seulement parce que la déglutition peut être difficile et que certains artifices doivent être employés pour la faciliter, c'est surtout en raison d'autres complications beaucoup plus importantes et plus graves.

Le tube peut être rejeté et le fait n'est pas absolument rare; or, si quelquefois, à la suite de ce rejet spontané, accompagné assez souvent de l'expulsion de fausses membranes, l'enfant respire convenablement et peut se passer de son tube, il arrive plus souvent, surtout dans les deux premiers jours, que le tubage doit être pratiqué de nouveau à l'instant même, ou dans un temps plus ou moins rapproché.

D'autre part, le tube peut se trouver obstrué, soit brusquement, soit d'une façon lente et progressive. Les fausses membranes existant dans la trachée ou dans les bronches et détachées en particulier sous l'influence du sérum traversent en général assez facilement le calibre du tube, malgré le petit diamètre de celui-ci ; mais, dans quelques cas, elles se pelotonnent au-dessous de l'orifice inférieur et déterminent brusquement une obstruction plus ou moins complète : il faut alors immédiatement pratiquer le détubage; s'il ne s'agissait que de cela, on pourrait à la rigueur en apprendre la manœuvre à la personne qui veille l'opéré, mais dans un bon nombre de cas, il faut de suite retuber l'enfant et, pour cela, la présence du médecin est indispensable.

Lorsque l'obstruction du tube se fait lentement par le dépôt successif à sa face interne de mucosités desséchées ou de débris de fausses membranes, le danger est moins pressant, mais n'en existe pas moins.

En somme, un enfant tubé doit rester sous la *surveillance directe et immédiate du médecin* qui a fait le tubage ou de tout autre habitué à l'opération. Cela est possible dans un hôpital, où l'interne de garde peut toujours arriver dans l'espace de quelques minutes; encore faut-il pour cela que la salle de garde ne soit pas trop éloignée du service de la diphtérie et, en outre, que le personnel du service soit exercé à pratiquer le détubage à la première alerte d'obstruction brusque du tube. Mais, dans la pratique de la ville et à plus forte raison à la campagne, si le médecin ne peut s'astreindre à rester près du malade pendant deux ou trois jours au moins, il doit d'emblée renoncer au tubage et opter pour la trachéotomie.

La trachéotomie peut aussi, dans quelques circonstances d'ailleurs assez rares, répondre à certaines indications spéciales. Il arrive parfois que, soit par le fait d'un spasme laryngé très intense, soit pour toute autre raison, le tube ne peut être introduit dans le larynx; on peut renouveler la tentative, mais après deux ou trois échecs, il ne faut pas s'entêter et, si le tirage persiste d'une façon menaçante, recourir à la trachéotomie sans attendre que l'enfant soit épuisé. Il en est de même dans les cas où l'enfant n'est pas soulagé par le tubage ; le fait peut résulter de l'existence de fausses membranes dans la partie inférieure de la trachée ou dans les bronches ; il est à craindre, qu'en pareil cas, la trachéotomie n'ait pas plus de succès, mais on doit au moins la tenter.

La trachéotomie est encore indiquée lorsqu'on est en droit de supposer, soit avant toute intervention, soit surtout après un premier tubage, que la trachée contient des mucosités abondantes ou des fausses membranes volumineuses, qui risqueraient fort de déterminer l'obstruction du tube.

Certains enfants rejettent quelquefois le tube d'une façon en quelque sorte indéfinie, alors même que l'on a employé un tube du calibre supérieur à celui qui correspond à leur âge ; si l'on se trouve ainsi exposé à répéter trop souvent le tubage, il peut être préférable de recourir à la trachéotomie.

Enfin, il en sera de même encore dans certains cas où, après un séjour prolongé dans le larynx, le tube ne peut être enlevé sous peine d'asphyxie, soit par le fait d'un spasme persistant, soit à cause d'un rétrécissement sous-laryngé.

Sauf ces cas particuliers, et comme conclusion générale de ce travail, nous dirons : *le tubage est*, sans contestations possibles, *la méthode de choix dans l'intervention opératoire du croup;* mais *il ne doit être pratiqué que si l'opéré peut rester sous la surveillance directe et immédiate d'un médecin habitué à l'opération ;* en dehors de ces conditions, c'est à la trachéotomie qu'il faut avoir recours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr Ducor, secrétaire général de la Société médicale du XVIIIe arrondissement de Paris, est nommé *officier de l'Instruction publique.* — M. Cadéac, professeur de pathologie générale à l'École vétérinaire de Lyon, est nommé *officier du Mérite agricole.*

RÉCOMPENSES. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné aux médecins et aux étudiants en médecine ci-après désignés des médailles d'honneur en témoignage du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de diverses épidémies : *Médaille de vermeil* : M. le Dr Saurey (de Batna). — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Toussaint (d'Albert), Peigné (médecin sanitaire maritime); MM. Gennatas (interne à l'hôpital civil de Constantine ; Simon (externe des hôpitaux de Paris). — *Médailles de bronze* : MM. les Drs Geghre (de Mascara), Schwartz (d'Affreville); M. Grimard (interne des hôpitaux de Bordeaux). — *Mention honorable* : M. le Dr Tauzin (de Tahiti).

CLINIQUE MÉDICALE

La doctrine de l'acétonémie à propos de deux cas de diabète suivis de mort rapide ;

Par J. CORNILLON et A. MALLAT.

En 1883, nous remettions sur le tapis la doctrine de l'acétonémie, à propos d'un cas de coma diabétique, et, nous déclarions, ici même, que la présence de l'acétone dans l'économie, ne pouvait être invoquée constamment comme cause directe de cet accident mortel. Nous ajoutions, que la coloration rouge-brun par le perchlorure de fer, s'observe non seulement avec les urines des individus succombant au coma diabétique, mais encore avec celles des gens amaigris, affaissés et depuis longtemps glycosuriques. Nous terminions enfin notre communication, en disant que la réaction ferrique de Gerhardt, ne se constatait pas chez les diabétiques gras, lors même que leur affection remontait à une date éloignée.

A ce moment, nous ignorions encore quel était le corps qui, éliminé par l'urine, produisait cette coloration rouge-brun avec le perchlorure de fer ; nous savions seulement que ce n'était pas de l'acétone, ainsi qu'on l'avait cru jusqu'alors. En poursuivant le cours de nos recherches, nous avons acquis très rapidement la certitude que cette coloration rouge-brun (qui disparaissait instantanément lorsqu'on ajoutait au liquide une goutte d'une solution d'acide phosphorique) était due à la présence d'un sulfocyanure alcalin, et, dans le journal de pharmacie et de chimie, nous exposions les raisons pour lesquelles nous concluions en ce sens. De telle sorte que dans notre pensée, le coma diabétique était le résultat d'un empoisonnement par un sulfocyanure alcalin. Sur ce point, nos idées ne se sont pas modifiées, et, si nous rouvrons aujourd'hui le débat, c'est que nous apportons des aperçus nouveaux sur cette question.

Le 8 juin 1896, nous reçûmes la visite d'un homme de 42 ans, obèse et fortement musclé qui, étant atteint de diabète, venait faire une cure à Vichy. Nous l'examinâmes le lendemain matin, et nous apprîmes qu'en fait de maladies antérieures, il n'avait éprouvé qu'un accès de colique néphrétique 10 ans auparavant. La soif était un peu ardente, et les urines étaient abondantes, nous assura-t-il, car il nous a été impossible d'en acquérir la certitude, tant les événements se sont précipités. L'appétit était excellent, sans être exagéré, et les forces n'avaient pas baissé. Quant aux viscères, ils étaient tous sains.

Le 10 juin, ce malade fut pris dans l'après-midi, d'un très léger accès de colique néphrétique du côté droit. Nous lui conseillâmes alors de se coucher, d'appliquer sur l'abdomen de larges cataplasmes de farine de lin, et si les souffrances augmentaient, de s'administrer un lavement laudanisé. La nuit ayant été calme, il n'eut pas besoin de recourir à ce dernier moyen. Le 11, à 7 heures du matin, il ne souffrait plus, et nous avoua qu'il avait uriné aisément et abondamment, et que même il avait dormi trois ou quatre heures.

Comme il avait la bouche pâteuse et la langue blanche, nous lui prescrivîmes une purgation qui ne produisit qu'un effet insignifiant. Dans la journée, il se leva et sortit quelques instants. La nuit du 11 fut un peu agitée, néanmoins il put dormir et quand nous le revîmes, le 12 à huit heures du matin, il venait d'absorber une nouvelle purgation et se disposait à se lever. Il accusait une faim excessive, ce qui s'explique aisément par l'état d'abstinence dans lequel il était resté la veille. A dix heures, il déjeuna avec appétit, et, comme il avait mal dormi les nuits précédentes, il se jeta sur son lit et y resta toute l'après-midi. A dîner, il se contenta d'un potage et d'un œuf et sortit. Se sentant las, il rentra à huit heures et demie et se coucha, mais ne put fermer les paupières. A dix heures, il ressentit une soif ardente, se leva et vida plusieurs carafes d'eau ou de citronade. Il se recoucha, mais à minuit il se releva, se promena nerveusement dans sa chambre, gesticulant, parlant avec volubilité, buvant et urinant à tout instant. A deux heures du matin, nous nous trouvions près de lui. Il nous reconnut parfaitement, mais peu après il se mit à divaguer, sa respiration était entrecoupée, fréquente ; de temps en temps il tombait dans la somnolence, pour reprendre sa lucidité quelques minutes après. Nous profitâmes alors de ces moments de lucidité pour l'interroger et l'examiner ; il nous déclara qu'il ne souffrait d'aucune partie du corps ; que, seulement, il était un peu fatigué ; à l'auscultation, on ne trouvait aucun râle dans la poitrine, aucun bruit de souffle à la région précordiale ; à la palpation, pas d'urine dans la vessie ; quant à la sensibilité cutanée, elle était intacte. A quatre heures, la respiration était plus anxieuse, les alternatives de coma et de délire s'accentuèrent, si bien qu'il ne reconnaissait plus les personnes de son entourage ; son pouls, qui avait toujours été fréquent, devint irrégulier et filiforme, et, à six heures, il mourait.

Nous recueillîmes alors l'urine qui se trouvait dans son vase, et nous l'analysâmes : elle contenait 46 gr. de sucre, 0 gr. 65 d'albumine, et une grande quantité de sulfocyanure de potassium (une seule goutte de perchlorure de fer suffisait pour produire la réaction de Gerhardt).

Dans le cas suivant, la mort fut moins rapide et les accidents terminaux furent de toute autre nature.

Il s'agit d'un homme de 60 ans environ, qui venait régulièrement à Vichy depuis quelques années, passer trois semaines. Diabétique depuis longtemps, il avait eu des troubles cérébraux qui lui avait laissé un peu d'affaiblissement dans tout le côté gauche — notamment dans le membre inférieur — et un peu d'hésitation de la parole. Ses urines n'étaient pas très abondantes et contenaient peu de sucre ; jamais plus de 30 grammes par litre. Pas de polydipsie, ni de polyphagie ; un peu d'amaigrissement. Les réflexes tendineux étaient peu accusés, sous l'influence de l'électricité et du massage, la semi-paralysie de la jambe gauche avait notablement diminué, et s'il n'avait pas traîné légèrement le pied, elle eut été inappréciable.

Le 10 août 1896, deux jours avant son départ de Vichy, ce malade nous manda, parce qu'il se plaignait horriblement du genou gauche. Il attribuait ses souffrances au massage qui avait été pratiqué dans la matinée et qui, prétendait-il, avait été plus énergique que les précédents.

Nous nous rendîmes près de lui à 6 heures du soir, et nous ne constatâmes ni gonflement, ni changement de couleur à la peau du genou. Pas de réaction fébrile ; malgré cela léger abattement des forces. Comme le temps était pluvieux et que ce malade était sorti jusque-là tous les jours, nous crûmes à un début d'arthrite, et nous conseillâmes des frictions calmantes, avec trois grammes de salicylate de soude en cachets. La nuit fut mauvaise ; le 11 août, à 6 heures du matin, la douleur du genou gauche était très aiguë et l'affaissement plus accentuée que la veille. P. : 96 ; T. A. : 38°,1. Le salicylate de soude étant resté impuissant, nous donnâmes deux grammes d'antipyrine qu'il prit sur le champ. A midi, l'affaissement a augmenté, le genou est enflé, moins douloureux que le matin ; pas de changement de couleur à la peau P. : 116 ; T. A. : 39°,2.

En présence d'accidents aussi aigus, nous examinâmes l'urine : elle contenait 6 gr. 87 de sucre, 0 gr. 35 d'albumine et une notable quantité de sulfocyanure de potassium. Ne sachant pas au juste ce qui allait se passer dans ce genou, ou ailleurs, nous portâmes néanmoins un pronostic grave. L'événement n'allait pas tarder à nous donner raison.

A 6 heures du soir, le genou et la cuisse gauches sont notablement gonflés ; la peau de toute cette région offre une teinte ardoisée très manifeste, elle est insensible au pincement. A la palpation, on sent une crépitation exactement analogue à celle que l'on constate avec le doigt, au voisinage des fractures de côtes compliquées d'emphysème sous-cutané.

A 9 heures, l'infiltration gazeuse s'étend à la partie supérieure de la jambe gauche, et la peau prend également une coloration ardoisée. Etat général mauvais.

Le 12 août, à 6 heures du matin, teinte noire d'ébène des deux tiers supérieurs de la jambe gauche, de toute la cuisse du même côté, ainsi que d'une grande partie du dos et du ventre; refroidissement général, pouls filiforme, subdélirium. A 7 heures : mort.

Nous n'avons pas la prétention d'établir le moindre rapprochement entre ces deux cas pathologiques. En effet, dans l'un, la mort a lieu en neuf heures de coma diabétique, et, dans l'autre, en trente-six heures de gangrène gazeuse. Si, dans le premier, le sulfocyanure peut expliquer cette mort soudaine, dans le second, la présence d'éléments vivants, d'une virulence extrême, suffit pour nous fixer sur ce dénouement rapide. Ce que nous tenions à montrer, en publiant ces deux cas, c'est que contrairement à ce que nous avancions en 1883, on constate parfois du sulfocyanure chez les diabétiques gras et vigoureux (le malade n° 1 en est un exemple), et que les accidents comateux sont tout aussi foudroyants chez eux que chez les gens affaiblis; qu'on rencontre également du sulfocyanure chez ceux qui ont peu de sucre, comme chez le malade n° 2 qui n'en avait pas 7 grammes, et qu'enfin l'évolution d'une affection intercurrente mortelle n'en masque pas la présence et n'en diminue pas le taux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Service de Santé et le XIXe corps.

(Réponse au *Bulletin médical* du 13 janvier.)

Dans le numéro du 13 janvier du *Bulletin médical*, le Dr Noel réfute les arguments que j'avais invoqués en faveur de la réduction du personnel de santé et des établissements hospitaliers dans le XIXe corps. Je disais, dans l'article visé, que beaucoup d'hôpitaux en Algérie étaient inutiles, parce qu'ils répondaient à une population militaire insuffisante, et j'en concluais qu'il serait préférable de les supprimer, pour mieux répartir le personnel et assurer plus utilement le service de santé en France. Le Dr Noel répond que la surabondance des hôpitaux militaires est une légende créée pour les besoins de la cause, et, à l'appui de son opinion, il invoque la statistique prise en bloc dans une division de l'Algérie. Il compare le nombre des lits occupés et les journées de malades pour une année au chiffre global de l'élément militaire dans la division d'Alger et démontre que le cinquième des lits seulement est employé : ce qu'il appelle un léger excédent! Cette manière de réfuter mon argumentation me paraît tout à fait inexacte. Quand on fait de la statistique sans tenir compte des cas particuliers, on ne saisit jamais qu'un des côtés de la théorie que l'on veut prouver. Or, dans le cas présent, que démontrent les chiffres invoqués? Tout simplement que le nombre des lits dans l'ensemble des hôpitaux d'une division atteint déjà un excédent assez important; mais ils ne nous indiquent nullement sur quels hôpitaux porte cet excédent. Il aurait fallu, comme le disait lui-même le Dr Noel, rechercher si chaque établissement répond aux besoins de la garnison; prouver, par exemple, que les hôpitaux de Cuchara, de Bône, de Bougie, de Dellys, de Dra-el-Mizain, de Mostaganem, etc., et tant d'autres, ont eu des admissions militaires en proportion avec le nombre de leurs lits.

Le système de la statistique en bloc nous dit que dans l'ensemble, il y a un lit pour six à sept militaires; mais il n'indique nullement dans quelle ville, et il prouve simplement que, dans certaines garnisons, les plus importantes, l'élément militaire est assez élevé pour justifier cet excédent de ressources: ce que je n'ai jamais nié. Mais, je pense, et je dis, que même cet excédent est trop considérable. Les chiffres invoqués donnent 540 lits occupés, le cinquième de l'ensemble, soit 2,500 lits. Or, l'hôpital d'Alger contient déjà à lui seul près de 300 lits. A quoi donc serviront les 18 autres établissements? Et qui pourrait dire que dans les garnisons, même importantes, on ne pourrait assurer le service avec un matériel beaucoup plus restreint, quand on voit ce service fonctionner sans trop de difficultés dans des garnisons de corps d'armée comme Sedan, Laon, Belfort, Verdun où la population militaire est autrement dense qu'à Alger, Oran ou Constantine?

On objecte qu'il faut tenir compte des épidémies ou des insurrections. Mais, sont-ce là des éventualités qu'on ne rencontre pas aussi bien ailleurs? Que dirait-on, si l'on établissait en France une surabondance d'hôpitaux militaires, en vue de guerres ou d'épidémies probables? Ne disposons-nous pas de moyens pour remédier à cet accroissement de morbidité? Les tentes-bivouaques, les hôpitaux Tollet, ne permettent-ils pas d'improviser dans ces circonstances, en Algérie, mieux qu'ailleurs, des locaux pour recevoir les malades?

On prétend également que les hôpitaux militaires sont nécessaires pour recevoir les indigènes et les indigents européens ou étrangers. Mais là est précisément le principe contre lequel je m'élève. Je ne m'explique nullement la nécessité de grever le budget de la guerre pour traiter des indigènes ou des étrangers, qui devraient être admis dans les hôpitaux civils. Je me demande pourquoi les Kabyles, revenus de Madagascar et libérés de leur contrat avec le département de la guerre, n'auraient pas été admis dans les hôpitaux civils d'Alger, d'Oran, de Bône, de Constantine, où ils auraient reçu des soins aussi assidus qu'éclairés.

Quant à la difficulté d'assurer la discipline parmi les militaires admis dans les hôpitaux civils, ne sait-on pas que l'autorité militaire a le droit de contrôle et de surveillance dans les établissements liés avec elle par un contrat; qu'elle confie le traitement et cette surveillance, non seulement aux médecins militaires, mais encore à des officiers, à des postes, s'il est nécessaire. Et puis, l'armée d'Algérie n'est-elle donc composée que de disciplinaires? J'ai été en contact avec ces derniers dans les hôpitaux de Biskra, de Guelma et du Tonkin. Quoique je ne professe pas en eux une grande confiance, je dois avouer que, comme malades, ils ne m'ont jamais donné beaucoup de mécontentement; que, pendant leur séjour à l'hopital, ils étaient fort adoucis; que plusieurs même dans la crainte de succomber à la tentation et à l'entraînement en retournant avec leurs camarades, me suppliaient de les garder. Auraient-ils donc si grand intérêt à se faire renvoyer par suite de leur indiscipline?

J'arrive maintenant au dernier argument, à celui qui tient le plus au cœur des partisans du maintien en Algérie de tous les établissements hospitaliers: la nécessité de donner à nos jeunes médecins militaires les

moyens de perfectionner leur éducation professionnelle. J'avoue, pour en avoir fait moi-même l'expérience pendant huit années, que l'Algérie est un champ d'études très fécond.

Mais réellement est-il bien approprié à nos jeunes médecins militaires, et n'y a-t-il pas en France des moyens d'assurer d'une manière tout aussi efficace et moins aléatoire leur perfectionnement scientifique et professionnel? N'y a-t-il donc aucun danger d'envoyer dans des postes aussi dépourvus de toutes ressources scientifiques, de jeunes praticiens inexpérimentés qui se trouveront éloignés de tout conseil, de toute direction sérieuse, exposés à toutes les tentations de la vie indépendante et au grand air. Pour mon compte, je n'ai commencé à retirer un réel profit de mon séjour en Algérie, que lorsqu'à mon second séjour, ayant déjà acquis une certaine expérience par l'âge, l'étude et un nouveau contact avec mes maîtres, je me suis trouvé à la tête d'établissements hospitaliers où je pouvais mettre en pratique les fruits de mon travail. Et, alors même encore, j'ai regretté quelquefois de ne pas avoir été plus longtemps dans des centres scientifiques où j'eusse pu apprendre davantage. Nos hôpitaux militaires en France, quand on veut bien réellement approfondir, discuter et observer soigneusement tous les cas, sont pour nos aides-majors des champs d'étude et d'observations qu'il ne faut pas dédaigner. Ils y trouveront les conseils de praticiens, qui honorent la médecine militaire et qui ont un nom dans la science. Ils pourront, à côté d'eux, aller s'instruire auprès de cette phalange d'hommes illustres qui font la gloire du professorat français. Ne vaudrait-il donc pas mieux mettre toute cette jeunesse, dont les études ont été faites rapidement, un peu plus en contact avec les sources auprès desquelles on peut achever son perfectionnement scientifique : que de la répartir soit dans les régiments, soit dans des garnisons lointaines, où on court le risque de perdre l'habitude du travail et de la discussion scientifique? Mais ce sont là des questions de répartition du personnel de santé que je ne veux pas envisager aujourd'hui.

Aussi bien mon premier travail avait pour but de démontrer que, pour un cas particulier, on pourrait mieux qu'on ne le fait employer les ressources budgétaires au point de vue du matériel et du personnel. Je chercherai plus tard à montrer que, dans le service de santé, certaines réformes nécessaires pourraient aussi assurer un fonctionnement plus régulier et plus en rapport avec la tâche des médecins militaires. Je n'avais pas, quand j'ai publié mon précédent article, pris connaissance du décret émis sous l'initiative du Corps de Contrôle. Il se trouve que je partage son avis. Mais je ne crois pas, en le faisant, porter, comme on l'a dit, un coup de Jarnac au Corps de Santé, dont pendant trente années j'ai toujours cherché à défendre le respect et l'indépendance qui lui sont dus. Toutefois je pense que dire la vérité à ses amis vaut mieux que cacher les fautes qui pourraient leur nuire. A. DEMMLER.

Conférences sur les maladies cutanées. — M. le Dr Hallopeau.

Dimanche 31 janvier, à neuf heures et demie, à l'hôpital Saint-Louis, M. le Dr HALLOPEAU a fait sa première leçon sur les maladies cutanées. L'auditoire était assez nombreux; mais il serait à souhaiter qu'il le fût encore davantage. Les étudiants ont tout intérêt à suivre ces leçons, où ils trouvent, outre l'enseignement théorique, un côté clinique de la plus haute utilité. Occupés toute la semaine dans les divers services hospitaliers, ils négligent le plus souvent la dermatologie. Elle vaut pourtant la peine qu'on lui consacre une heure le dimanche. Mais un cours purement théorique, quelque parfait qu'il soit, est forcément insuffisant, et les superbes pièces du Musée de Saint-Louis ne sauraient dispenser de l'étude des lésions sur le vivant.

C'est cette étude sur le vivant que M. Hallopeau apporte comme complément à sa leçon théorique. De nombreux malades appartenant à son service, ou vus par lui à la consultation externe, sont successivement présentés, et leurs affections décrites. Ces descriptions ont du reste les qualités de simplicité et de clarté que nous retrouvons dans la leçon si documentée que M. Hallopeau consacre à l'étude des toxines en dermatologie.

Ces toxines, qui sont toujours des produits organiques, peuvent être d'origine exogène, ou d'origine endogène. Les premières peuvent provenir des animaux (serpents, moules), ou des végétaux (champignons), beaucoup peuvent produire des lésions cutanées (urticaire, taches bleues des *Pediculi pubis*). Les toxines d'origine endogène peuvent être élaborées par toutes les cellules de l'organisme quand celles-ci sont altérées.

Parmi les dermatoses qu'elles produisent, citons l'acné, dû au mauvais fonctionnement des voies digestives, le purpura des ictères graves, les troubles cutanés du myxœdème, la pigmentation spéciale à la maladie d'Addison, les anthrax et les furoncles du diabète, l'herpès survenant au moment des menstrues. Les tuberculines, c'est-à-dire les toxines élaborées par le bacille de Koch semblent avoir une faculté particulière de produire des dermatoses. A ce sujet, M. Hallopeau cite des lésions cutanées observées par lui dans son service, lésions nettement tuberculeuses, mais au niveau desquelles il est impossible de trouver le bacille spécifique, dues par conséquent bien évidemment aux toxines.

En terminant, M. Hallopeau montre comment les toxines sont éliminées surtout par l'urine, et comment l'organisme se défend contre ces poisons par la phagocytine, et aussi en produisant lui-même des antitoxines.

Médecins et Familles.

De temps en temps, mais trop souvent, les journaux politiques relatent des faits où l'assistance médicale s'est trouvée en défaut et, naturellement, on blâme les médecins qui n'ont pas répondu immédiatement à l'appel imprévu qui leur était adressé, oubliant que tous les médecins ont, chaque jour, des engagements envers leur clientèle ordinaire, qu'ils doivent d'abord satisfaire. A ce propos, le *Radical* du 24 janvier fait les réflexions suivantes :

« A force de voir à Paris des malades mourir faute de soins, peut-être arrivera-t-on à comprendre que *le service médical de Paris est abominablement organisé*. Il est vrai qu'en tout ce qui touche à la santé publique, on repousse avec acharnement toute idée de solidarité générale. On ne veut pas admettre que le service médical est de première nécessité, au même titre — et à titre supérieur — que le service de voierie ou de police. Le capital de l'humanité, c'est la vie humaine. »

Nous nous associons complètement à cette critique générale. Toutefois, l'Administration seule n'est pas coupable, mais un peu tout le monde. L'Administration doit fournir le plus promptement possible les soins voulus aux *malades indigents*. D'où nécessité d'un bon service hospitalier, d'un bon service des secours à domicile, d'un bon service de nuit! Elle l'aura quand elle le voudra, à la condition de ne pas exploiter les médecins, mais de les rémunérer équitablement.

Quant à *tout le monde*, c'est-à-dire aux malades qui peuvent dans une mesure plus ou moins convenable, payer le médecin, c'est sa faute s'il est mal servi. Chacun choisit son épicier, son boulanger, son boucher, etc. Chacun devrait avoir *son médecin*, se tenir en relation avec lui, le faire venir dans la famille une ou plusieurs fois par an pour visiter chacun, suivre l'évolution des enfants, etc., et cela en vue de s'assurer qu'il peut toujours compter sur lui. Alors on est sûr que ce médecin de famille répondra avec empressement en cas de nécessité. C'est donc aux familles a faire *choix d'un médecin* qui, sachant qu'on a confiance en lui, qu'on le considère comme sien, qu'on ne le lache pas sans motif, remplira avec dévouement la part du contrat tacite qui le lie à la famille.

Mais cette garantie n'est pas encore suffisante. Un cas urgent peut survenir. Le médecin de famille est en tournée de visites; il ne rentrera que quand il aura vu tous ses malades. C'est pourquoi nous estimons que tout médecin qui a déjà une clientèle un peu importante devrait avoir, surtout dans les grandes villes, un second, un remplaçant qui, moins occupé, ou en raison d'arrangements particuliers, serait à la disposition de ses clients, lorsqu'il survient un accident grave et inopiné : traumatisme, attaque apoplectique, hémorragie, etc. Ce médecin remplaçant, au courant de la clientèle et des procédés thérapeutiques (1) de son *ancien*, de son maître par la pratique et par l'âge, rendrait plus de services aux familles que le premier médecin venu.

Si les *familles* et les *médecins* s'entendaient pour accepter une telle organisation, déjà proposée par nous, les familles auraient une garantie sérieuse d'avoir vite, dans les circonstances graves, les secours dont elles ont besoin; les médecins sachant qu'ils ne sont pas alarmés sans rime ni raison par les familles seraient plus empressés, plus dévoués... et la presse n'aurait plus autant de faits regrettables à enregistrer.

BOURNEVILLE.

(1) Tous les médecins devraient avoir un *cahier de famille*, que le médecin remplaçant pourrait consulter, sous le sceau du secret professionnel.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr Henri Rousseau (de Joinville-le-Pont) a été nommé *officier de l'instruction publique*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 janvier 1897. — PRÉSIDENCE DE M. GLEY.

M. A. MEUNIER décrit le *cocco-bacille de l'influenza de Pfeiffer*, d'après ses recherches sur les broncho-pneumonies de l'enfance, dans lesquels on le retrouve assez fréquemment. Il indique la série des poussées applicables en clinique à la recherche de ce microbe, qui se trouve dans le liquide de la ponction faite dans le poumon, soit dans une hernie, à la condition de se servir d'un milieu de culture approprié, qui est la gélose mélangée de sang. On constate ainsi que des bronchopneumonies qui paraissent isolées et sporadiques n'en sont pas moins rattachables à une épidémie de grippe; et que les associations microbiennes qui complètent et compliquent la bronchopneumonie infantile, celles du streptocoque, du pneumocoque, du staphylocoque, etc., ne sont guère, en temps d'épidémie, que des infections surajoutées au microbe de Pfeiffer.

M. SALMON. — *Sur les corps chromatiques décrits comme Sporozoaires ou Oscillariées dans le liquide vaccinal.* — En se servant de l'inoculation cornéenne de la vaccine, l'auteur a pu constater qu'il ne s'agit pas là de véritables parasites, mais de transformations chromatiques des cellules migratrices, et particulièrement des leucocytes à noyaux multiples.

M. WIDAL montre des tubes de cultures établissant que le *pouvoir agglutinatif du sérum du sang des typhiques* existe même lorsqu'on emploie des cultures vieilles ou tout à fait mortes, ainsi qu'il l'a constaté sur des cultures stérilisées par le formol. Ce point facilite beaucoup l'emploi du nouveau du nouveau procédé diagnostique, car on pourrait lui reprocher la difficulté de se procurer toujours à temps des cultures fraîches du bacille d'Eberth.

M. GILBERT rapporte une *observation de tétanie* observée chez une femme au cours de coliques hépatiques. Il rapporte de plus une observation de lymphangite de la jambe à pneumocoques.

M. LENON indique un complément utile à la *méthode de Widal* pour le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. Il peut se produire, dans cette expérience, des precipités floconneux, que l'on prend pour des amas microbiens, alors qu'il n'en est rien. Il est extrêmement facile d'éviter cette cause d'erreur en examinant au microscope tout précipité qui paraît douteux.

MM. HANRIOT et CAMUS ont établi *les conditions d'existence de la lipase*, le ferment du sang découvert par l'un d'eux, et ont trouvé qu'il n'existait sans altération qu'entre 25 et 50°.

M. Fr. FRANCK montre l'*action de la digitaline et de la strophantine sur le cœur*. Ces poisons excitateurs du muscle amènent à la longue le tétanos du cœur, puis la parésie par épuisement; leur action est tout à fait comparable à celle de l'électrisation. C'est donc sur le muscle qu'ils agissent.

M. NICOLAS adresse une note sur la *réaction agglutinante du sérum des diphtériques* chez les individus soumis aux injections de sérum antidiphtérique.

M. BANIER fait une communication sur l'*anatomie comparée de la trochlée fémorale*.

M. JACQUET rapporte une observation d'*érythème de la face* dû à l'englobement du sympathique cervical du côté correspondant par un ganglion tuberculeux du cou.

M. VAQUEZ a étudié le *sang* d'un certain nombre de malades atteints d'affections de la rate qui ont dû nécessiter la *splénectomie*. De ces examens comparés il résulte que les dégénérescences de la rate qui sont des indications formelles de l'opération ont toujours assez d'importance pour supprimer les fonctions spléniques et que le sang varie peu ou pas après l'ablation de l'organe. A. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 29 janvier 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Hypertension artérielle dans l'éclampsie.

M. VAQUEZ signale qu'après M. Vinay, de Lyon, il a constaté l'augmentation de la pression artérielle au sphygmomanomètre, chez les femmes enceintes,si elles sont albuminuriques. C'est l'albuminurie et non les crises éclamptiques, qui est cause de cette hypertension dont la constatation est un élément diagnostic important.

Lésions anatomiques de l'appendicite.

M. SIREDEY, en son nom et en celui de M. A. ROY, expose les résultats de recherches anatomo-pathologiques sur cinq cas d'appendicite. Dans ces cas divers, il a pu constater de la folliculité, des lésions glandulaires ou interglandulaires, de petits abcès interstitiels. Aucun de ces cas ne permet de défendre l'hypothèse pathogénique du vase clos, défendue par M. Dieulafoy, hypothèse qui prétend que dans l'appendicite, l'oblitération de la cavité vermiculaire permettait au colibacille d'augmenter de virulence.

M. RENDU est persuadé que les appendicites ont une pathogénie très variable et que dans certains cas l'hypothèse du vase clos peut être justifiée.

M. MATHIEU insiste sur la difficulté du diagnostic entre l'appendicite, la colite et la colique hépatique. Il insiste sur la fréquence de la diarrhée dans l'appendicite.

Eruptions syphilitiques dans la paralysie infantile.

M. THIBIERGE présente un malade couvert de syphilides ulcéreuses, atteint d'une monoplégie brachiale d'origine spinale infantile. Le bras atrophié a deux fois été épargné par des éruptions syphilitiques généralisées.

Bacilles dans la rougeole.

M. BARBIER fait part de recherches bactériologiques qui lui ont permis de constater, dans la sécrétion de la conjonctivite des rougeoleux, un bacille analogue à celui de la diphtérie, mais s'en distinguant par les formes d'involution précoce qu'il affecte dans les cultures au bout de quelques heures.

Diphtérie chez l'adulte.

M. GOUGUENHEIM a constaté que la diphtérie est plus fréquente chez l'adulte qu'on ne serait tenté de le croire ; mais pour la déceler, il faut avoir recours à l'examen bactériologique, l'angine diphtérique est assez rarement pseudo-membraneuse chez l'adulte, et donne beaucoup plus rarement lieu à des accidents sérieux que chez l'enfant. Les associations microbiennes n'aggraveraient pas non plus le pronostic de la diphtérie de l'adulte, qui fréquemment guérit spontanément.

Scarlatine à éruption limitée à la face.

M. P.-H. LEMOINE (du Val-de-Grâce) rapporte 23 cas de scarlatine dans lesquels l'éruption a été exclusivement localisée à la face. Pareils faits avaient été constatés par Braun lors d'une épidémie de scarlatine sévissant sur les adultes à Fürth en 1840, et rappelés dernièrement par Gimmel. L'authenticité de ces cas repose sur des faits démontrant que les malades présentant cette forme localisée de l'éruption ont été le point de départ de contagions ultérieures. Il s'agit, en général, d'hommes entrant à l'hôpital pour une angine avec fièvre et rougeur de la face, la fièvre tombe mais la rougeur persiste et bientôt est suivie d'une desquamation plus ou moins abondante. Quelques-uns d'entre eux présenterent par la suite de l'albuminurie, voir même de l'anasarque et des signes d'urémie. Ces cas semblent former une transition entre les scarlatines angineuses pures et les scarlatines avec éruption généralisée. L'attention doit être tenue en éveil sur cette forme, lors des épidémies de scarlatine, afin d'isoler immédiatement tous les malades appartenant à cette catégorie. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1897. — PRÉSIDENCE DE M. CH. MONOD.

M. le PRÉSIDENT donne lecture de son discours. Il relate les améliorations réalisés cette année et adresse un dernier adieu aux membres décédés. Il annonce que la Table générale des Bulletins de la Société de Chirurgie doit paraître cette année; mais il est à regretter que cette table ait été rédigée suivant les anciens errements, au lieu d'avoir recours à la Classification Décimale. — M. Monod est pourtant un homme qui s'intéresse au progrès sous toutes ses formes.

M. le SECRÉTAIRE DES SÉANCES résume les travaux qui ont été présentés à la Société dans le courant de l'année.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit un éloge du Pr Verneuil.

La Société a décerné le prix Laborie (1.000 fr, à M. LENOIR et accordé un encouragement (200 fr.) à M. JAYLE. M. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 27 janvier 1897. — PRÉSIDENCE DE M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

M. DUCLAUX, en quittant la présidence, remercie la Société.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, président de l'année 1897, prend place au fauteuil.

Suite de la discussion sur l'alcool et l'alcoolisme.

La Société vote les articles suivants : IV. Au point de vue de la quantité, il est du plus grand intérêt pour la santé physique et morale de la population de diminuer les occasions et la tentation de consommer des boissons alcooliques. A cet effet, il y a lieu d'assurer la surveillance rigoureuse des débits déjà existants, et de limiter leur nombre. — V. Au point de vue de la qualité, c'est-à-dire de la toxicité due aux impuretés contenues dans les alcools non rectifiés, la purification doit en être faite de façon à ramener ces impuretés à un minimum et leur rectification doit être assurée par le contrôle de l'Etat. — VI. Les mêmes raisons commandent l'abolition du privilège des bouilleurs de crû; car ce privilège fait entrer à vil prix dans la consommation des eaux-de-vie mal distillées et d'une toxicité d'autant plus grande qu'il contribue d'une façon notable à l'augmentation croissante de l'alcoolisme. — VII. L'addition des bouquets artificiels, huiles de vin, aldéhydes et essences, doit être sévèrement réglementée. — VIII. Il y a lieu de vulgariser la connaissance des dangers qui résultent, pour la santé et pour la vie, des abus de l'alcool et de la toxicité des produits contenus dans les liqueurs de consommation, par des cours et des conférences expérimentales et par l'action morale sur toutes ses formes dès la période scolaire.

M. GAUCHAS. — *Deux ans de fonctionnement d'une crèche. Etude d'hygiène infantile.* — L'auteur a eu à fonder et diriger une crèche dans le XVIIe arrondissement, et ce sont ses observations qu'il est venu apporter à la Société : formation du personnel, ameublement, nettoyage, alimentation, etc. La mortalité a été, en 1896, de 6 0/0. Ce sont les mères qui sont la cause du mauvais fonctionnement des crèches ; par leurs idées préconçues, leurs préjugés, elles s'opposent sourdement à tous les progrès dictés par une hygiène bien entendue. Il est donc utile, dans les crèches, d'élever autant que possible les connaissances d'hygiène infantile des mères. MARTHA.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Réserve.* — Nomination au grade de médecin de 1re classe: M. le Dr Wallerand, médecin de 1re classe de la marine, démissionnaire.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — M. le Dr Kermorgant, président du conseil supérieur de santé des colonies, est nommé, pour trois ans, représentant du ministère des colonies au conseil du bureau central météorologique, en remplacement du Dr Treille.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. NEUVILLE est nommé préparateur près la chaire d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle.

NOMINATIONS — MM. les Drs Garnier (de Lagny) et Bertrand (de Roanne) sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de ces deux villes.

HÔPITAL D'ALGER. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint de l'hôpital d'Alger s'est terminé par la nomination de M. le Dr DENIS.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

Le Pr L.-H. FARABEUF
Membre de l'Académie de Médecine.

Il est une classe d'hommes dont le simple exposé de la vie et des travaux est le meilleur éloge qu'on en puisse faire. M. le Pr L.-H. Farabeuf, nouvel élu de l'Académie de Médecine, est de ce nombre.

Né le 6 janvier 1841, à Bannost, près de Provins, L.-H. Farabeuf était le fils de braves cultivateurs. Il fit ses études dans un petit collège de la région et vint à Paris étudier la médecine en 1859. Fondateur de la première bibliothèque des salles de garde, interne des hôpitaux en 1864, aide d'anatomie à la Faculté en 1868, M. Farabeuf se fit



M. le Pr L.-H. Farabeuf, membre de l'Académie de Médecine.

remarquer dans cette jeunesse enthousiaste qui n'eut pas le bonheur de renverser l'empire avant nos désastres. Il se plait encore à raconter la lutte électorale héroï-comique à l'hospice de Bicêtre, où le lapin et les fraises administratives tenaient tête aux propos des internes républicains, auprès des vieillards, des épileptiques et des déments électeurs.

Survint la guerre. M. Farabeuf avait terminé son internat; comme beaucoup de bons patriotes, il crut qu'il fallait des soldats ; il s'équipa sommairement, à ses frais, et s'en fut durant un mois faire l'exercice au bord de la Seine. Le commandant de son bataillon lui fit remarquer qu'il serait plus utile dans les chambres d'ouvriers du XIIIe arrondissement, remplies de varioleux, qu'aux fortifications. Il entra aussi aux ambulances de la Presse, dirigées par Ricord, et administrées par l'évêque Bauer, de

galante mémoire; mais il ne fit qu'y passer : écœuré de leur fonctionnement, il donna sa démission et vint offrir ses services à l'Assistance publique qui le chargea tout seul du service des internes de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine. Les blessés y affluaient et médecins et chirurgiens y étaient rares; lors de la bataille de Champigny, il dut passer deux nuits à trier les blessés dans les tapissières et les voitures d'ambulances, qui arrivaient sans cesse, éclairé par M. Guyot, alors médecin en chef à l'hôpital Saint-Antoine, qui voulait absolument lui servir d'aide.

Ces mauvais jours passèrent. M. Farabeuf fut docteur en médecine en 1871, prosecteur de la Faculté en 1872, agrégé d'anatomie au concours de 1875-76 et la même année il était l'objet d'une citation et d'une récompense de l'Institut. Membre depuis de longues années de la Société anatomique, la Société de Chirurgie l'admit en 1877. Chef des travaux anatomiques en 1878 il fut chevalier de la Légion d'honneur en 1883, lauréat de l'Institut (Prix Monthyon en 1885, 1891). La Faculté de Médecine de Paris le désigna pour remplacer le Pr Sappey à la chaire d'anatomie.

M. Farabeuf est surtout un homme de science. Il fit de la politique par nécessité et manifesta une indépendance qui paraîtrait étrange de nos jours, où l'élu est si souvent l'esclave des électeurs. Conseiller général de Seine-et-Marne après le 16 mai, il fut réélu six ans après; sa circulaire de candidat débutait ainsi : « Attendez-vous à me voir voter l'augmentation de vos impôts, pour donner satisfaction à vos nombreuses revendications... » Durant son séjour à l'assemblée départementale, il se fit remarquer par de nombreux rapports sur l'Hygiène et l'Assistance : un surtout ayant trait à la dépopulation de la France fit quelque bruit. « Vivre dans la misère, y disait-il, payer les impôts indirects, aller se faire tuer à la frontière, voilà la triple récompense qu'offre le pays aux départements qui font beaucoup d'enfants. » M. Farabeuf démissionna en 1887, refusant un mandat de député ou de sénateur qu'il se croyait incapable de pouvoir utilement remplir, en raison de sa santé, de sa passion pour son véritable métier et de ses opinions politiques.

Deux hommes doivent être considérés dans la carrière scientifique de M. Farabeuf : le professeur et le savant.

Le professeur, tous les étudiants et les jeunes médecins de la Faculté de Paris le connaissent. La clarté et la précision de ses cours, l'ingéniosité de ses démonstrations où il est aidé par un remarquable talent de dessinateur, en ont fait un professeur populaire et les amphithéâtres de l'École ne suffisent pas toujours au nombre des élèves qui se pressent à ses leçons. A lui est due l'organisation de l'École pratique et les importantes transformations de l'enseignement pratique de l'anatomie à la Faculté. Dès 1876, le *Progrès médical* publiait un mémoire de M. Farabeuf sur les *Réformes à apporter dans l'enseignement pratique de l'anatomie*. Ces réformes il devait les réaliser comme chef des travaux et professeur. Parmi elles, signalons l'organisation de l'enseignement de l'ostéologie et la création d'un matériel destiné à cet usage.

Comme homme de science, M. Farabeuf a fait un grand nombre de travaux et de recherches : nous nous bornerons à énumérer les principaux. Le chirurgien Verneuil traitait fréquemment M. Farabeuf de « iatro-mécanicien » et ce dernier ripostait en lui décernant le titre de « iatro-métaphysicien ». Les bons mots suffisent parfois à donner la plus juste idée d'un homme. M. Farabeuf est en effet un iatro-mécanicien et il ne repousse pas cette qualification : tous ses travaux sont empreints d'un esprit mathématique et souvent, chez eux, la mécanique a une large part dans une démonstration anatomique ou dans une amélioration opératoire.

Le premier travail important qu'il produisit fut une thèse d'agrégation sur le système séreux (1876). Elle fut mal accueillie du jury, mais intéressa vivement les élèves. Dans laquelle il expliquait le rôle des vaisseaux lymphatiques devant le..., démonstrations que de certains anatomistes se sont attribuées depuis. La même année M. Farabeuf découvrait le véritable mécanisme des *luxations du pouce en arrière*. En 1877, il publiait, lithographié, un cours complet d'histologie professé à la Faculté de Médecine, cours que le Pr Cornil considérait comme « le meilleur, le plus clair, le plus net, de tous les manuels d'histologie ». En 1885, le précis de *Manuel opératoire* condensait le plus grand nombre des travaux anatomiques pratiques de M. Farabeuf. Cet ouvrage universellement connu est au dessus de tout jugement critique.

Nous ne saurions par le détail reprendre tous ses travaux : contentons-nous d'en signaler encore quelques-uns. Par exemple, des études sur plusieurs articulations et leurs luxations, sur le pied-bot, les éclaircissements apportés à la question des hernies musculaires, qui sont le plus souvent des ruptures, etc., etc.

Depuis quelques années, M. Farabeuf s'est plus particulièrement attaché à perfectionner l'art obstétrical. Les *principes fondamentaux d'obstétrique* avec Varnier sont de 1891. Au moyen du mannequin naturel, il a élucidé une partie du mécanisme obstétrical, notamment le passage et la dystocie du détroit supérieur. Il a démontré que l'on devait proscrire l'application du forceps au détroit supérieur, en raison du mécanisme naturel, et a créé, pour remplacer le forceps, un levier qui prend la tête sans glisser, et aide logiquement le mécanisme naturel : c'est le préhenseur-levier-mensurateur. L'obstétrique doit encore à M. Farabeuf le perfectionnement de la symphyséotomie, dans laquelle l'accoucheur doit lui-même écarter les os et ne pas laisser faire cette besogne dangereuse à la tête de l'enfant. Une opération, pour permettre l'extraction du fœtus dans le cas de bassin oblique ovalaire, l'ischio-pubiotomie, porte le nom d'opération de Farabeuf.

Nous bornerons là le trop court exposé de ces travaux, si utiles et si pratiques. M. Farabeuf a limité à l'amphithéâtre et au laboratoire le champ de son activité; il semble avoir pris pour devise cette belle maxime de je ne sais quel profond philosophe : « Celui qui ne trouve pas dans son talent tous les biens qu'il désire et le dédommagement des plaisirs dont il se prive n'a point de talent. Celui-là n'est fait, ni pour éclairer son siècle, ni pour s'illustrer lui-même. »

J. NOIR.

CORRESPONDANCE

Sur un cas de canitie unilatérale subite chez un apoplectique.

Mon cher Rédacteur en chef,

La petite note si intéressante que notre collègue M. Ch. Féré vient de publier dans le dernier numéro du *Progrès médical* : *Sur un cas de canitie rapide*, m'engage à vous communiquer une très courte observation relative au même sujet.

Il y a trois ans, à la fin du mois d'août, je fus appelé auprès d'un homme de 60 à 65 ans qui venait d'être frappé d'apoplexie. Il était employé dans les bureaux d'une grande administration, il avait eu, en travaillant, un vertige et était tombé sans connaissance. Très peu d'instants après, il revint à lui, mais il était atteint d'une hémiplégie droite presque complète et d'une aphasie à peu près absolue. On le ramena chez lui en voiture, et je ne le vis que le lendemain.

L'hémiplégie n'avait pas disparu, tant s'en faut; mais elle avait si rapidement diminué que le malade avait pu quitter son lit et je le trouvai assis dans son fauteuil. Il pouvait rester debout et faire quelques pas en s'appuyant au bras de sa femme. Le membre supérieur droit était plus impotent que le membre inférieur. La face était notablement asymétrique. Quant à l'aphasie de la veille, presque rien n'en subsistait, sinon un léger bredouillement. C'était bien plutôt une logoplégie qu'une aphasie proprement dite.

Le fait était banal : il s'agissait, très probablement, d'un cas d'hémorrhagie dans la capsule externe chez un sujet athéromateux, et je ne m'y serais guère intéressé si je n'avais été immédiatement frappé par une particularité extraordinaire, presque burlesque. Cet homme qui avait conservé une chevelure abondante ressemblait à une de ces figures de cire qu'on voit

dans les vitrines des coiffeurs, avec la séduisante annonce : Plus de cheveux blancs! — Sur ces beaux messieurs, la « raie au milieu » partage en deux moitiés la perruque postiche ; une moitié est blanche par l'effet des ans, l'autre moitié est noire par la toute puissance de la « composition ».

Mon malade avait les cheveux gris, — on dit poivre et sel — coupés courts et drus. Le peigne ne leur avait jamais imposé la ligne de démarcation artificielle qui répond à la direction exacte du sinus longitudinal supérieur. Mon apoplectique n'en avait pas moins une « raie au milieu » mathématiquement rectiligne et séparant en deux moitiés disparates la convexité crânienne : une moitié gauche, grise, « poivre et sel », et une moitié droite d'un jaune presque blanc, couleur indécise et « *troublante* », comme celle du faux albinisme. La raie en question s'étendait du front à la nuque et, chose curieuse, la coloration albinique uniforme s'arrêtait devant l'oreille à la naissance du « favori ». La barbe — système à part, puisque les femmes en sont privées, sauf exception — était donc respectée. Elle avait conservé la teinte grisonnante du demi-cuir chevelu gauche.

Cette hémi-canitie n'avait été remarquée que le matin même. Peut-être avait-elle commencé à se produire immédiatement après l'ictus; mais je n'ai pu être exactement renseigné sur ce point. Le malade n'avait jamais eu de migraines et son attaque du jour précédent n'avait pas été suivie de céphalée. L'origine émotive de la canitie ne me semble pas devoir être invoquée dans ce cas. Sans doute, les émotions hystérogènes sont capables de provoquer des phénomènes *dimidiés*, pour employer un mot cher à notre commun maître Charcot. Mais l'hystérie était bien loin d'ici. Il s'agissait tout simplement d'une hémiplégie organique, à la suite de laquelle le malade quitta son administration, nanti d'un certificat d'infirmité incurable. Il se retira à la campagne et je ne l'ai pas revu depuis.

E. Brissaud.

Nous signalerons de notre côté un cas de *canitie partielle subite*, qui a été suivie d'une *canitie générale progressive*. Mme X... est âgée aujourd'hui de 34 ans. A l'âge de 14 ans, elle a éprouvé une violente émotion, avec perte de connaissance : elle regardait à sa fenêtre, le visage appuyé contre les vitres, quand une locataire d'un étage supérieur s'est précipitée dans la rue, et, dans sa chute, a cogné la fenêtre où se trouvait Mme X... Le lendemain, elle avait au-dessus du front, à droite, une canitie qui intéressait les cheveux dans une largeur de deux travers de doigt. A partir de là, les cheveux ont partout blanchi progressivement et maintenant ils sont tout à fait blancs. Personne dans sa famille n'a vu blanchir ses cheveux avant l'âge ordinaire.

Bourneville.

La Faculté de Médecine et l'Assistance publique de Paris.

Plusieurs journaux ont parlé d'un incident qui s'est produit lundi, il y a huit jours, à l'Hôpital de la Pitié, où M. le Pr F. Terrier devait présider un examen de doctorat. Lorsque les candidats, dit-on, eurent terminé l'examen des malades, le jury dut se retirer, faute d'avoir pu trouver un local clos, chauffé, garni de chaises, où aurait pu avoir lieu l'examen. — A l'Hôpital de la Pitié, on a expliqué ainsi au *Temps* les faits:

« Nous avions ici, lundi dernier, trois séries d'examen de doctorat; cela n'était jamais arrivé, car nous ne disposons que d'un seul amphithéâtre. Or, justement, les trois jurys avaient convoqué leurs candidats pour la même heure. Tandis que le premier s'installait à l'amphithéâtre, un autre opta pour le service de chirurgie. M. le Pr Terrier choisit la salle Broca, où les candidats examinèrent leurs malades, puis se rendirent dans une petite salle voisine absolument close et parfaitement aménagée, puisque c'est là même que se font de nombreuses opérations chirurgicales. Seulement, comme on n'avait pas pensé, à l'hôpital, que cette salle pût servir aux examinateurs, on ne l'avait point chauffée. Cet oubli, si c'en est un, pouvait être réparé en cinq minutes. M. Terrier ne voulut pas attendre et préféra renvoyer l'examen à plus tard. Voilà tout l'incident. Seulement, pour éviter qu'il puisse se reproduire nous avons demandé à M. le doyen Brouardel de ne plus faire passer désormais le même jour, dans notre hôpital, qu'une seule série d'examens ou bien de faire convoquer les candidats des diverses séries à des heures différentes. »

D'autre part, M. le Pr F. Terrier a adressé au *Jour* la lettre suivante :

Paris le 27 janvier 1897.

« Monsieur,

« Permettez-moi, à propos d'un article où je suis nommé, de rétablir pour vos lecteurs la vérité sur les faits qui se sont passés à la Pitié le lundi 25 janvier.

« A l'heure réglementaire, je suis allé à la Pitié, où j'ai rencontré mes collègues en examen MM. Humbert et Walther. Ceux-ci, chargés de faire examiner les malades aux élèves candidats, se sont acquittés de leur tâche.

« Le temps arrivé de faire passer l'examen oral je demandai à l'appariteur, chargé par la Faculté de transporter les dossiers des élèves, où se faisait l'examen. Je l'ignorais d'autant plus que c'était la première fois que je faisais passer un examen à la Pitié. Or, l'appariteur me répondit qu'il n'en savait rien, car le directeur de l'hôpital n'avait rien préparé pour nous recevoir.

« Je fis mander le directeur de l'hôpital de la Pitié et lui demandai de mettre à notre disposition un endroit clos, chauffé, garni de chaises, d'une table et muni de quoi écrire, pour faire passer l'examen commencé. Devant mes deux collègues, le directeur me dit que cela ne le regardait pas et qu'il n'y avait rien de prêt pour nous.

« D'un commun accord avec mes deux collègues agrégés, nous avons prévenu les élèves de ce qui arrivait et de l'impossibilité où nous nous trouvions de faire passer l'examen oral.

« De plus, nous nous sommes rendus aussitôt à la Faculté, et j'y ai déposé une plainte adressée au doyen.

« Si, Monsieur, vous voyez là les fantaisies d'un examinateur, je n'y vois pour mon compte que l'incurie administrative.

« Recevez l'assurance de ma considération. Terrier. »

Au dire de M. Terrier, il n'y avait, dans cette salle, *ni chaises ni table*. Et puis, est-ce bien dans une salle d'opérations que l'on doit faire passer des examens, même des examens cliniques ?

VARIA

La peste bubonique.

I. — *La situation sanitaire aux Indes.*

Les dernières dépêches officielles expédiées au gouvernement britannique au sujet de la peste bubonique comprennent un rapport du conseil sanitaire, représentant la situation comme très grave.

A Bombay seulement, il y a eu pendant la semaine écoulée près de 500 décès attribués à cette seule cause, sur un total de 1.758 : ce qui marque une augmentation de 170 cas sur la mortalité de la semaine précédente. Le 28 janvier, le rapport officiel accuse 4,396 cas de peste à Bombay, et 3,275 morts. Jusqu'à présent la peste a occasionné à Kurrachee 694 cas et 644 décès, et à Poona 65 cas et 60 décès. Quelques cas ont été signalés à Surate, Barods, Ahmédabad, Kattywar et Autch.

Deux Européens sont morts de la peste bubonique à l'hôpital ; ce qui porte à une demi-douzaine le nombre des victimes européennes de l'épidémie, dont le décès a été officiellement enregistré.

La mortalité constatée depuis le 26 septembre, date de la reconnaissance officielle de la peste, dépasse de 9.835 le chiffre moyen des décès enregistrés pendant la période correspondante des cinq dernières années, et cela malgré la diminution de la population, qui a quitté la ville en grand nombre.

On mandait récemment de Kurrachee que le nombre des cas de peste bubonique et celui des décès augmentent dans des proportions terrifiantes. A Bombay, on a constaté des cas de peste dans les prisons, qui avaient été jusqu'ici épargnées. 150 forçats, du pénitencier gouvernemental, ont été inoculés du sérum préparé par le Dr Yersin ; un seul d'entre eux a succombé.

La peste sur le chemin de l'Europe.

On a reçu à Lisbonne la nouvelle que trois indigènes de *Goa*, dont une femme, revenant de Bombay, sont morts de la peste bubonique dans le lazaret de la colonie portugaise. Le gouvernement de Lisbonne a prescrit des mesures sanitaires rigoureuses à Goa a Mozambique.

Mesures préventives.

France. — Le Ministre de l'Intérieur a été autorisé à déposer

sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi tendant à modifier la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire. Cette loi contient des sanctions pénales tellement rigoureuses qu'elle est devenue inapplicable dans certaines de ses parties. Ainsi, cette loi punit de la peine de mort l'auteur d'une fausse déclaration ayant exposé la santé publique en entrainant l'invasion d'une épidémie. La même loi punit des travaux forcés à temps la fausse déclaration qui, sans entrainer directement l'invasion de l'épidémie, aura empêché de prendre les précautions nécessaires. Le projet de loi, que va déposer M. Barthou, propose d'ajouter à ces articles une disposition punissant la fausse déclaration pure et simple, d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 1,000 à 3,000 francs. En outre, une disposition rend l'article 463 du Code pénal, sur l'admission des circonstances atténuantes, applicable à tous les cas prévus par la loi de 1822. L'administration sera ainsi armée d'une manière efficace pour faire respecter les règlements sanitaires. Enfin, le Ministre de l'Intérieur a donné des détails sur l'application du décret du 4 janvier 1896, rendu en exécution du règlement sanitaire international. Cette application se fait partout rigoureusement; mais, en vue d'en augmenter l'efficacité, le ministre, après avis du conseil supérieur d'hygiène, a fait signer un nouveau décret, qui sera promulgué demain et qui a un double objet : 1° D'édicter des pénalités plus sévères, conformément aux prescriptions de la loi de 1822; 2° d'établir qu'aucune marchandise provenant directement ou indirectement de Bombay ou de toute autre ocalité où sévit la peste bubonique ne pourra pénétrer en France ou en Algérie que par un des ports suivants : Marseille, Pauillac, Saint-Nazaire, le Havre et Dunkerque pour la France; Alger pour l'Algérie.

Les nouvelles instructions données au service de la santé, en vue d'arrêter les précautions à prendre dans le port de Marseille, contre les navires de provenance indienne, sont entrées en vigueur. Conformément à l'arrêté ministériel du 19 janvier, une observation quarantenaire est imposée à tous les bateaux arrivant de Bombay; la durée est plus ou moins longue, suivant aussi que les compagnies de navigation ordonnent ou non des mesures de précautions hygiéniques sur leurs navires. D'autre part, le gouvernement français a pris la résolution d'interdire en Tunisie, en Algérie et au Sénégal le pèlerinage des musulmans à la Mecque, à raison de l'épidémie de peste qui sévit aux Indes. Enfin, notre ministre des affaires étrangères a engagé des négociations avec les puissances qui ont des sujets musulmans, en vue d'obtenir qu'elles prononcent une interdiction semblable.

Russie. — Le ministre russe de l'intérieur a décidé de considérer l'Inde entière (et non seulement la présidence de Bombay) comme pestiférée, vu la rapidité avec laquelle se propage l'épidémie. — Le prince Alexandre d'Oldenbourg a été nommé président de la commission sanitaire russe chargée de trouver les moyens à employer pour prévenir l'introduction de l'épidémie.

Angleterre.— En Angleterre, le département du gouvernement local a décidé que tous les ports de l'Angleterre et du pays de Galles qui sont en rapport avec les Indes seraient visités par des inspecteurs du service sanitaire. Des ordres en ce sens ont déjà été adressés aux autorités de ces ports.

Gibraltar. — Le gouverneur de Gibraltar annonce pour ce port l'institution d'une quarantaine de 14 jours pour tout navire arrivant des Indes avec des malades suspects.

Espagne. — Le gouvernement espagnol a ordonné des mesures de précaution pour prévenir le danger de l'invasion de la peste indienne.

Portugal.— Le *Diario popular* de Lisbonne adjure le gouvernement portugais de faire le nécessaire pour rendre impossible l'introduction de la peste dans la colonie du Mozambique, directement menacée par la fréquente arrivée, dans ses ports, de coolies indiens et de navires venant de Bombay.

Autriche. — Le gouvernement hongrois a fait connaitre par l'organe de son ministre de l'intérieur, répondant à une interpellation du comte Szapary, qu'il croyait avoir assez fait pour garantir la sécurité de la Hongrie et que la situation ne commandait pas de dispositions législatives spéciales.

Amérique. — A New-York on prend de grandes précautions : la malle orientale apportée par le *Teutonic* a été désinfectée par le moyen de fumigations.

Allemagne. Le bureau des quarantaines de Bremenhaven (Allemagne) a ordonné de soumettre au contrôle de la police sanitaire tous les navires venant des ports de la presqu'île hindoue et de Perse.

Malte. — On mande de la Valette que les vaisseaux venant des Indes pourront faire le charbon à l'île Comino. Les voyageurs pourront débarquer; mais ils feront une quarantaine de vingt et un jours. Toutefois, il n'y a encore rien de préparé dans l'île Comino pour les recevoir. Le gouvernement colonial a l'intention d'établir des tentes et d'en construire encore pour le charbon.

Belgique. — Répondant à l'interpellation d'un sénateur, le Ministre de l'Agriculture a déclaré que le gouvernement belge avait pris un des premiers des mesures contre l'introduction de la peste. Les navires sont soumis à une quarantaine à Anvers et les voyageurs sont visités. Des mesures spéciales sont prises pour la désinfection des objets suspects.

Turquie. — La Sublime Porte, en conséquence d'un vœu exprimé par son conseil sanitaire, a adressé à l'ambassade britannique de Constantinople une note demandant l'établissement à Aden d'une quarantaine pour les navires provenant de l'Inde ou du golfe Persique, à destination de l'Europe. Afin de rendre ces mesures plus efficaces, une requête a été également adressée au gouvernement égyptien pour qu'il prenne des dispositions protectrices à l'entrée du canal de Suez. Le conseil supérieur de la santé à Constantinople vient d'interdire, pour l'année courante, l'entrée de la Mésopotamie aux caravanes venant des Indes.

Egypte. — L'opinion publique en Egypte est unanime à réclamer que l'Egypte, suivant l'exemple des Etats européens, interdise le pèlerinage à la Mecque. La demi-mesure prise par les dirigeants de l'Egypte est insuffisante. On voudrait aussi que des quarantaines fussent imposées aux voyageurs venant de Bombay et de l'Inde. Ceux-ci pénètrent librement en Egypte où ils peuvent apporter l'infection qui se propagerait ensuite en Europe. Il appartient au conseil sanitaire de régler cette dernière question. Le gouvernement ottoman a chargé le médecin principal Chakir bey de se rendre à Camaran, qui est la station sanitaire la plus proche de la Mecque, pour y procéder à une enquête sur les conditions sanitaires dans lesquelles se trouvent les pèlerins venant de Bombay. L'Agence nationale, qui communique cette nouvelle, ajoute que sur la proposition du Dr Karakanowsky, délégué russe au conseil supérieur de santé, la Sublime Porte va agir auprès des gouvernements intéressés pour l'institution à Athènes d'une quarantaine de dix jours imposée avant leur entrée dans les eaux européennes à tous les navires sans distinctions provenant des pays contaminés.

Indes. — La municipalité de Calcuta, ayant appris qu'il arrivait quotidiennement dans cette ville des habitants de Bombay ou de Kurrachee, fuyant l'épidémie, a demandé au gouvernement du Bengale d'établir une surveillance rigoureuse dans les gares. dans le conseil vice-royal tenu hier à Calcutta, un bill spécial a été présenté, qui tend à améliorer les moyens destinés à empêcher la propagation des épidémies et à augmenter les pouvoirs de la municipalité de Calcutta, comme cela a été fait pour Bombay. Il s'agit en même temps de sauvegarder le commerce, d'empêcher que des mesures sévères ne soient prises contre les vaisseaux venant des Indes et de calmer les craintes des pays étrangers alarmés par la peste. On propose, dans ce bill, de donner l'autorisation de passer une visite médicale dans les vaisseaux et d'empêcher, au cas où cela serait nécessaire, le départ de tout vaisseau suspect. Cette autorisation spéciale n'a pour but que de parer à une situation exceptionnelle. Le projet de loi a été envoyé à une commission spéciale et sera soumis au vote la semaine prochaine. Un journal propose pour protéger Calcutta contre la peste, d'établir aux frontières du Bengale et dans les gares de chemin de fer des postes de surveillance chargés d'empêcher que les voyageurs puissent continuer leur route, lorsqu'ils ne seraient pas porteurs de passeports indiquant l'endroit d'où ils viennent. Les voyageurs munis de passeports et venant de la zone atteinte devraient rester dans ces postes pendant une période de neuf jours.

Formose. — La légation japonaise de Saint-Pétersbourg confirme que *des cas de peste bubonique ont été constatés à Formose*, où le gouvernement japonais prend d'énergiques mesures pour empêcher la propagation de l'épidémie.

La Conférence sanitaire internationale de Venise.

France. — Le ministre des affaires étrangères a informé le conseil que le gouvernement austro-hongrois avait pris l'initiative de la réunion à bref délai d'une *Conférence internationale* qui se réunirait à Venise. La France a donné de suite son adhésion. Le Ministre de l'Intérieur a présenté en conséquence à la Chambre une demande de crédit supplémentaire de 40.000 francs pour la dépense résultant de l'envoi de délégués à la conférence internationale sanitaire de Venise et pour l'exécution des mesures prises contre la peste. L'envoi de délégués français à la conférence sanitaire internationale de Venise qui va examiner les mesures à prendre contre l'importation de la peste en Europe, occasionnera des frais évalués à 15,000 francs. A cette somme le comité de direction des services de l'hygiène estime qu'il faudrait joindre un crédit de 25,000 francs pour installer deux étuves de grand module à Marseille, un laboratoire de bactériologie à Marseille, et un service de désinfection à Rouen, le cas échéant.

Indes. — On mande de Calcutta que le gouvernement des Indes enverra un délégué à la conférence sanitaire de Venise.

Espagne. — Le conseil sanitaire a émis un avis favorable à l'adhésion de l'Espagne à la conférence internationale de Venise.

Angleterre. — On mande de Londres que l'Angleterre a adhéré

au projet de réunion d'une conférence internationale en vue d'étudier les mesures à prendre contre la peste bubonique.

Turquie. — De Constantinople, on informe que la Sublime Porte a adhéré à la conférence internationale de Venise. Le sultan enverra des délégués du gouvernement ottoman à la conférence sanitaire qui s'assemblera à Venise le 10 février. De Rome, le 25 janvier, on écrivait au *Times* que tous les États avaient adhéré à la conférence sanitaire de Venise et à la date du 10 février, proposée pour la réunion de cette conférence. Les États se feront représenter par des délégués diplomatiques et techniques.

Médecins envoyés aux Indes par les différentes puissances.

L'Académie impériale des sciences de Vienne a décidé, dans sa dernière séance, de consacrer une importante partie d'une donation dont elle dispose à l'étude approfondie de la peste bubonique et d'envoyer à cet effet un certain nombre de médecins familiarisés avec les méthodes expérimentales modernes et munis des instruments les plus perfectionnés. L'académie a porté son choix sur les docteurs Norbert, Ortner, Henri Albrecht et Antoine Ghow. Ces trois jeunes médecins, qui seront accompagnés d'un aide, ne tarderont pas à partir. Le gouvernement russe a résolu de déléguer des médecins en Perse pour lui signaler, le cas échéant, en temps opportun, la pénétration dans cette contrée de la peste de l'Inde.

De Londres, on fait connaître que la Chambre des communes a rejeté, par 217 voix contre 90, un amendement à l'adresse présenté par le député radical, sir William Wedderburn, ancien magistrat des Indes, et demandant qu'une enquête soit ouverte immédiatement à l'effet d'établir pour quels motifs la population hindoue est incapable de résister même à une première attaque de la peste et de la famine.

Un Ordre de Médecin.

Après avoir fait allusion aux pénibles incidents survenus récemment à des médecins et rappelé que la *Gazette des Hôpitaux*, la *Revue médicale* et le *Progrès médical* se montrent nettement opposés à la création d'un ordre de médecin, les *Annales de la Société médico-chirurgicale* de Liège (déc. 1896) s'expriment ainsi :

« On sait qu'en Belgique de nombreux confrères réclament du gouvernement la création de Conseils de discipline officiels. Nous avons toujours été opposé à l'organisation de ces tribunaux, et nous avons développé nos raisons il y a quelques années dans ces mêmes Annales. Nous n'y reviendrons pas. Nous voulons seulement montrer qu'en France des journaux importants s'opposent à la mise en tutelle du corps médical et qu'ils se souviennent de la fable du bon La Fontaine : « Les grenouilles demandent un roi ».

Tribunal médical dans le duché du Luxembourg.

Dans le grand duché du Luxembourg, c'est le Collège médical qui est investi concurremment avec les tribunaux, du pouvoir disciplinaire, sur toutes les personnes chargées d'exercer l'art de guérir. Ce collège comprend, outre le président, quatre médecins dont deux doivent être docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, et de deux pharmaciens désignés par le Grand-Duc auquel on soumet deux listes doubles de candidats, présentées l'une par le Collège médical, et l'autre par la Régence du pays. Voici l'article de l'arrêté organique du service médical visant ce point spécial :

« Lorsqu'une personne autorisée à exercer une branche quelconque de l'art de guérir, ou une profession qui s'y rattache, se rendra coupable de fautes graves ou d'actions immorales, le Collège médical réuni en Chambre de discipline a le droit de la citer devant lui pour l'admonester ou la réprimander. Dans les cas graves, les tribunaux pourront prononcer une suspension provisoire, ou même, selon les circonstances, une révocation définitive.

« Le Collège médical peut faire des admonestations et des réprimandes. La suspension temporaire et la révocation sont du ressort exclusif des tribunaux du Grand-Duché. Quoiqu'il en soit, il est probable que des tribunaux d'honneur seront institués en Prusse en peu de temps. » (*Les Tablettes médicales*, 10-15 novembre 1896).

Nous publions les deux informations qui précèdent à titre de document.

Science et Littérature

On peut lire dans le *Paris* du 25 janvier 1897, à l'article *Critique dramatique*, à propos de la première partie « d'Au delà des forces » à l'Œuvre..., « pour la question de l'intervention médicale Bjornson a pris soin de la résoudre lui-même en [illegible] : « Cette pièce est faite d'après les [illegible] sur le système nerveux de M. Charcot, et les Études cliniques sur l'*hystéro*-épilepsie ou grande hystérie, par le Dr *Richter*. »

L'auteur de la Critique dramatique a mal lu ou a copié sur un texte erroné, car il s'agit des Études cliniques sur l'*hystéro*-épilepsie ou grande hystérie, par le Dr Richer, notre distingué collaborateur, l'éminent élève du Pr Charcot, qui, sur le conseil de son maître, prit le sujet en question comme thèse de doctorat. (Il existe à Berlin un député du nom de Richter, mais pas le moindre professeur). Mettre *ie* là où il y a un *o* et ajouter un *t* là où il n'y en a pas est une faute peu grave, d'autant qu'elle peut être due à une erreur typographique ; mais l'auteur en profite pour ajouter les quelques lignes suivantes :

« Paris et *Berlin* on le voit, dans leurs plus savants *professeurs* et dans les ouvrages les plus notoires que ceux-ci aient publiés, ont été mis à contribution par l'auteur ».

Ces quelques lignes explicatives sont exquises et fort édifiantes : si tous les littérateurs qui s'occupent de science approfondissent leur sujet avec le même soin, le lecteur est renseigné sur ce qu'il doit croire.

Herboristes et Pharmaciens.

On signale quelque émotion dans le monde des herboristes. En 1894 déjà, la Chambre des députés, examinant un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, y avait introduit un article ainsi conçu (art. 15) :

Peuvent être *librement* vendus certains médicaments simples et d'un usage courant, ainsi que les plantes médicinales dont la liste sera insérée au Codex.

C'était la suppression, sans délai, de tous les herboristes, puisque chacun pourrait, désormais, exercer leur profession, même sans être muni du certificat, exigé jusqu'alors, certificat délivré par l'École supérieure de pharmacie.

Le Sénat, examinant à son tour le projet, maintint la nécessité du certificat, et la loi revint à la Chambre. Or, M. Bourrillon, député, dans le rapport qu'il a déposé récemment, a rétabli, avec des modifications insignifiantes, l'ancien article 15, dont voici le texte rectifié :

Toute personne pourvue actuellement du certificat d'herboriste pourra vendre librement les plantes médicinales indigènes qui seront inscrites sur une liste spéciale insérée au Codex.

Mais, cinq années après la promulgation de la présente loi, il ne sera plus délivré de certificat d'herboriste.

Cette fois, on accorde aux herboristes un délai de cinq ans, après lequel le commerce des plantes médicinales deviendra libre. Les commerçants protestent et ils viennent de tenir plusieurs réunions, au cours desquelles ils ont cherché les moyens de se défendre.

Ils ont rédigé une pétition qui va être envoyée à tous les députés et dans laquelle ils invoquent, non pas exclusivement leur intérêt personnel, mais surtout l'intérêt général :

Il est de grande notoriété, disent-ils, que les maisons d'herboristerie rendent les plus grands services aux classes pauvres. Les produits qui s'y débitent sont toujours livrés à des prix considérablement inférieurs à ceux des pharmaciens.

Or, ce projet, sans tenir aucun compte des droits acquis, fait non [illegible] les herboristes par voie d'extinction, mais [illegible] à leur [illegible] en médecine en les obligeant à [illegible] des plantes [illegible] liste spéciale. Or, cette [illegible] à ce [illegible] nous n'aurions pas [illegible].

On voulait [illegible] au profit de tous ; aujourd'hui [illegible] au profit des pharmaciens.

Inauguration de l'Université de Bordeaux.

Les manifestations des Étudiants.

L'inauguration de l'Université de Bordeaux a été marquée par [illegible] étant donné [illegible] et la [illegible]. [illegible] partie [illegible] la rue [illegible] dans laquelle à [illegible] heures, devait commencer la séance officielle d'inauguration

de l'Université de Bordeaux. Les manifestants, arrêtés par des agents et des gardes municipaux à cheval, se massent aux environs de la salle Franklin, sifflant à leur passage les invités. A la longue, une réelle effervescence se produit parmi les étudiants. Cependant, à l'intérieur de la salle Franklin,la cérémonie suit son cours. A trois heures précises, le corps universitaire fait son entrée, parcourt lentement toute la salle précédé des massiers et des huissiers. Les étudiants ne sont pas tous à manifester au dehors ; ce sont des étudiants, en effet, qui font l'office de commissaires ; quelques autres occupent les galeries ; à l'entrée du recteur, les uns applaudissent et crient : « Vive le recteur ! »; les autres sifflent.

Le recteur, M. Couat, se lève alors ; il recommande le calme et la sagesse aux étudiants : « S'ils ont quelques réclamations à formuler, dit-il, ils peuvent être assurés qu'ils trouveront toujours justice auprès de lui; il est persuadé, dans tous les cas, que ceux qui sont présents, par leur bonne tenue, dans cette solennité, tiendront à l'honneur de se respecter eux-mêmes, et de respecter les autres ». Sur ces mots le calme se rétablit et les discours commencent. On entend d'abord le recteur, puis le maire de Bordeaux l'adjoint à l'Instruction publique, le président du conseil général, le président de l'Association des amis de l'Université, le doyen de la Faculté des lettres. Des applaudissements nourris accueillent ces divers discours, tandis que le porte-étendard de l'Association des Etudiants salue du drapeau. Ajoutons que M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, était venu assister à l'inauguration. Au dehors, les mécontents, après avoir continué leur monome à travers la ville, étaient venus rue Vauban, attendre la sortie, mais leur nombre s'étant accru la police les refoule. Le soir, la représentation de gala a marché tant bien que mal. Les étudiants, juchés au paradis,ont d'abord réclamé la démission de la municipalité.

La plupart des personnes arrêtées à la suite des échauffourées devant le Grand-Théâtre ont été remises en liberté après interrogatoire et sévère admonestation. Celles qui ont été définitivement maintenues ont comparu devant le tribunal correctionnel, audience des flagrants délits, et ont été frappés des condamnations suivantes, appuyées de considérants extrêmement sévères: à huit jours de prison: Edouard de Grousseau, étudiant en médecine; Paul Chazarin, dix-neuf ans, étudiant en médecine. A six jours, Justin Gaymard, vingt-deux ans, étudiant en pharmacie. A trois jours : Gabriel Vèque, vingt-trois ans, étudiant en pharmacie. Le tribunal a refusé l'application de la loi Bérenger.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 8. — 2e *de Doctorat* (2e *partie* : MM. Ch. Richet, Weiss, Heim. — 5e *de Doctorat* (Ire *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Delbet,Walther. — (2e *série*): MM. Terrier, Humbert, Tuffier.

MARDI 9. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassavant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Berger, Bar. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Debove, Marie. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Letulle, Charrin.

MERCREDI 10. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Marchand, Broca. — 3e *de Doctorat*, oral (Ire *partie*) : MM. Humbert, Peyrot, Bonnaire.

JEUDI 11. — 3e *de Doctorat* oral, (1re *partie*) : MM. Tarnier, Pozzi, Thiéry. — (2e *partie*) : MM. Joffroy, Roger, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Thoinot, Ménétrier.

VENDREDI 12. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié : MM. Ricard, Humbert, Broca. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Chauffard, Wurtz. — (Ire *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 13.— Dissection : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (Ire *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série*) : MM. Le Dentu, Pozzi, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Nélaton, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Raymond, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 10. — M. Deglaire. Contribution à l'étude des troubles nerveux en rapport avec la présence de végétations adenoïdes dans le pharynx nasal chez l'enfant en particulier. — M. Magnaux. Du chimisme stomacal dans la dyspepsie de la seconde enfance. — M. Marlier. Etude sur la syphilis conceptionnelle immédiate. — M. Cormier. Des syphilides scléreuses simulant l'ulcère variqueux. — M. Corinin. Etude statistique sur la durée et le pronostic de l'accouchement dans le dégagement en occipito-sacrée. M. Héry. Sur l'allaitement des nouveau-nés. — M. Sturdza. De la pleurésie traumatique. — M. Contejean. Recherches sur l'action physiologique des injections de peptones dans les cavités séreuses et vasculaires de l'organisme au point de vue de la coagulabilité du sang. — M. Hernette. L'eucaine. Contribution à l'étude de son action physiologique. De son emploi comme anesthésique local en chirurgie.

JEUDI 11. — M.Besredka. Abcès sous-phréniques. Etude clinique et pathogénique. — M. Lévy. Considérations sur l'antéflexion pathologique de l'utérus et son traitement. — M. Marion. De la paralysie vésicale dans le paludisme aigu. — M. Sénèque. De l'étude comparative de la stérilisation du lait. — M. Augereau. Contribution à l'étude du pneumothorax latent. — M. Gourc. L'amygdale de W. Meyer. Bactériologie (201 cultures, 12 inoculations) des tumeurs adénoïdes; rapport avec les déformations de la voûte palatine et les déviations dentaires.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, a commencé les deux cours suivants, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5: 1° le 21 janvier, à 1 heures: technique microscopique et manipulations pratique avec exercices de diagnostic d'histologie patholoque; 2° le 1er février, à 2 heures : technique bactériologique avec manipulations et étude des principaux microbes pathogènes. Ces cours, essentiellement pratiques, sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit tous les jours, de 1 h. à 2 h., chez M. le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 17 janv. au samedi 23 janv. 1897, les naissances ont été au nombre de 1.188, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 432; illégitimes, 181. Total, 613. — *Sexe féminin* : légitimes, 403 ; illégitimes, 172. Total, 575.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 janv. au samedi 23 janv. 1897, les décès ont été au nombre de 1.002, savoir : 496 hommes et 506 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 4, T. 8. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 9, F. 6, T. 15. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 11, T. 14. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 7, T. 10 — Grippe : M. 2, F. 1, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 99, F. 72, T. 171. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 7, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 8, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 9, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 39, T. 60. — Méningite simple : M. 12, F. 9, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 30, F. 25, T. 55. — Paralysie, M. 1, F. 6, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 6, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 37, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 18, T. 53. — Bronchite chronique : M. 10, F. 16, T. 26. — Broncho-pneumonie : M. 28, F. 27, T. 55. — Pneumonie : M. 22, F. 21, T. 43. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 34, F. 39, T. 73 — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 7, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Diarrhé, au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 12, F. 11, T. 23. — Sénilité : M. 17, F. 25, T. 42. — Suicides : M. 21, F. 4, T. 25. — Autres morts violentes : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres causes de mort : M. 101, F. 80, T. 181. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 115, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 47, illégitimes, 15. Total : 62. — *Sexe féminin* : légitimes, 42, illégitimes, 11. Total : 52.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie de Médecine de M. le Dr DELORME, pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante dans la section de pathologie chirurgicale, par suite du décès de M. Nicaise.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr HUTINEL, agrégé, est nommé professeur de pathologie médicale.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1897, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Eole de médecine de Grenoble. — M. PORTE (Jean-

René), docteur en médecine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de clinique médicale. — M. NICOLAS (Adolphe-David), ancien suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, chargé du cours de physiologie, est nommé professeur de physiologie.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le Dr TREILLE, professeur des maladies des pays chauds, est nommé professeur honoraire.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — La chaire de pharmacie de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordée aux candidats pour produire leurs titres.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BORDEAUX. — A Rochefort, le 28 janvier dernier, l'audience du conseil de guerre a été consacrée à la lecture de l'acte d'accusation et des pièces établissant la culpabilité de X..., élève de l'Ecole de médecine navale à Bordeaux, relevant dix vols au préjudice de ses camarades d'école et un vol à l'étalage.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Convalescents au corps.* — En raison des demandes qui se produisent assez fréquemment de la part de militaires des troupes de la marine sans famille ou sans ressources de passer au corps les congés de convalescence qu'ils obtiennent, le Ministre de la marine vient d'arrêter des dispositions qui demeureront en vigueur jusqu'à ce que la création projetée de dépôts de convalescents ait pu être réalisée. Les titulaires d'un congé de convalescence à passer au corps et appartenant à un même port seront placés en subsistance, par arme, dans une seule unité administrative, compagnie et batterie. Il leur sera affecté un local séparé de ceux du reste de la troupe, autant que possible dans les établissements militaires éloignés des casernements principaux et de préférence en dehors des villes. Ces militaires seront traités comme les hommes à l'infirmerie et recevront, lorsque le médecin chef de service le jugera nécessaire, des rations supplémentaires de riz et de vin.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée active.* — M. NIMIER, médecin-major de 1re classe, a été nommé professeur de chirurgie d'armée (blessures de guerre) à l'Ecole du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Delorme.

SOCIÉTÉ ZOOLOGIQUE DE FRANCE. — La Société zoologique de France, reconnue d'utilité publique par un décret en date du 16 décembre 1896, a renouvelé son bureau et son conseil ainsi qu'il suit : Président, M. R. Moniez, professeur à l'Université de Lille; vice-présidents, MM. H. Filhol, membre de l'Institut, et Ch. Janet; secrétaire général, le professeur agrégé Raphaël Blanchard ; secrétaires, MM. E. Caustier, J. Guiart, J. Richard; trésorier, M. Ch. Schlumberger ; archiviste-bibliothécaire, M. Fr. Secques ; membres du conseil, MM. Ed. Blanc, explorateur, E. Simon, Jousseaume, Ch. Brongniart et le Dr Max Weber, professeur à l'Université d'Amsterdam.

SERVICE MÉDICAL DE L'EXPOSITION DE 1900. — D'après l'*Autorité*, que nous citons textuellement : « Le service médical de l'Exposition de 1900 sera aussi défectueux que celui de 1889. Un jeune médecin d'initiative, M Marcel Baudouin, avait soumis, avec statistique à l'appui, le fonctionnement qu'il avait observé à l'Exposition de Chicago. C'était un immense progrès que celui des services des prompts secours sur tout ceux que nous connaissons en organisation française : le transfert des malades se faisait après les opérations d'urgence ; c'était la sécurité. Enfin, cela ne coûtait pas plus cher. Mais il valait mieux contenter cinquante ou soixante médecins qui seront au poste à leur jour et à leurs heures. C'est ce que M. Picard fera : l'ancienne routine prévaudra. »

TROUBLES UNIVERSITAIRES EN GRÈCE. — Des troubles universitaires ont éclaté à Athènes. Les étudiants insistent pour l'éloignement du Pr Galvani de la Faculté de médecine ; ils ont occupé les bâtiments de l'Université. Toutes les Facultés sont fermées par ordre du roi, et un cordon de troupes isole l'Université. Le recteur a donné sa démission.

TROUBLES UNIVERSITAIRES A ALGER. — Un groupe d'étudiants, au nombre de 200 environ, a manifesté devant les écoles supérieures de Mustapha, contre M. Lévy, israélite, nommé récemment professeur. Le commissaire central a fait deux arrestations qu'il n'a pas maintenues sur l'intervention du maire. Le groupe d'étudiants, très surexcité par l'agitation antisémitique, demande instamment le renvoi de M. Lévy.

TROUBLES UNIVERSITAIRES A ROME. — Des troubles ont recommencé, à l'Université de Rome. Un service d'ordre vérifiait, aux portes, l'identité des étudiants qui n'étaient admis que sur la présentation de leurs cartes. Les leçons avaient commencé sans incident, quand, tout d'un coup, la majorité des étudiants se mit à faire du tumulte et à réclamer la clôture des cours. D'autres étudiants, partisans du ministre de l'instruction publique, protestèrent. Le recteur, impuissant à rétablir l'ordre, dut appeler la troupe qui fit évacuer l'Université et l'occupa.

LES MÉDECINS DE NUIT A PARIS. — La cinquième commission du Conseil municipal (assistance publique) s'est réunie récemment sous la présidence de M. Strauss, pour examiner les réclamations des médecins du service de nuit. Aucune résolution définitive n'a été prise ; mais il semble que, dans une réunion prochaine, fixée au 2 février, l'accord se fera sur le projet Sivant, exposé par M. Laurent, secrétaire général de la préfecture de police. La moyenne des visites de nuit pendant les trois dernières années servira de base, à raison de huit francs par visite, pour le calcul du crédit affecté à chacun des quartiers. La somme ainsi obtenue sera payable par trimestre aux médecins du service de nuit, d'après le nombre d'appels auxquels ils auront répondu.

LES MÉDECINS ET L'EXPOSITION DE 1900. — Parmi les projets d'initiative personnelle écartés, celui qui tient le record de l'originalité était présenté par notre confrère, le Dr Moura. L'auteur de ce projet proposait de transformer le courant de la Seine, entre le pont des Invalides et le Champ de Mars, en un vaste aquarium, permettant de voir ce qui se passe au fond de la Seine et notamment de *retrouver facilement les cadavres qu'emporte le courant.* Cette transformation aurait été obtenue en établissant des deux côtés du fleuve des ouvertures vitrées, que traverserait un foyer de lumière électrique. D'après l'auteur, cette transformation pourrait être appliquée un jour à toute l'étendue de la Seine dans sa traversée de Paris...

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Questions orales posées : *Portion extra-cranienne du nerf facial ; Signes et diagnostic du tétanos.*

HÔPITAUX DE BLOIS. — M. le Dr FERRAND, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — MM. Del Pellegrino, Ed. Montfort, Tureau, Pellissier et Guérin, externes provisoires, sont nommés externes titulaires des hôpitaux de Marseille.

ETAT SANITAIRE DE MARSEILLE. — M. le Dr Flaissières, maire de Marseille, a fait la déclaration suivante en séance publique du conseil municipal ces jours derniers : Nous continuons à avoir un état sanitaire absolument normal ; le taux de la mortalité est même moins élevé qu'il n'arrive habituellement à pareille époque de l'année. Parmi les causes de décès, il n'est relevé aucune mention de maladie contagieuse. Depuis plus de trois semaines il n'est pas survenu un seul décès par variole. Les maladies de saison, telles que la bronchite, le catarrhe pulmonaire, celles des voies respiratoires, d'une manière générale, apportent leur contingent ordinaire de décès.

HÔPITAL POUR ENFANTS DANS LE MIDI. — D'après le *New-York Herald*, indépendamment des 2 millions que la baronne de Hirsch a donnés à l'Institut Pasteur, une même somme de 2 millions va être consacrée par la généreuse donatrice à la fondation d'un *hôpital destiné à recevoir des enfants anglais atteints de consomption.* La baronne de Hirsch a déjà chargé le Dr Goldschmitt, qui est en ce moment près de la princesse de Monaco, de chercher un emplacement convenable au bord de la mer.

HÔPITAL DES TUBERCULEUX A ORMESSON. — La Chambre des députés, après urgence déclarée, a adopté le projet de résolution de M. Georges Berger, tendant à autoriser une loterie en faveur de l'Œuvre des enfants tuberculeux de l'hôpital d'Ormesson.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 15 mars 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 8 février 1897, et sera clos définitivement le vendredi 26 du même mois, à trois heures.

Concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie vacantes au 1er juillet 1897 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Le lundi 22 mars 1897, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un Concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er juillet 1897. Les élèves qui désireront prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 8 février jusqu'au samedi 6 mars inclusivement.

Enseignement populaire supérieur. — *Cours d'Hygiène sociale*, professé à la Bourse du Travail, 3, rue du Château-d'Eau. — Sujet du Cours : *L'hygiène et l'alimentation des Travailleurs.* M. le Dr A.-J. Martin fera la leçon du samedi 6 février 1897, à huit heures et demie du soir à la Bourse du Travail, salle des Conférences, sur l'habitation de l'ouvrier. La Conférence pratique du dimanche 7 février 1897, aura lieu à l'Observatoire de la Tour Saint-Jacques, rue de Rivoli, à neuf heures et demie du matin. Les cours et les conférences sont publics.

Société Médico-Psychologique. — La Société médico-psychologique vient de renouveler son bureau pour l'année 1897 : ont été nommés, président, le Dr Garnier; vice-président, le Dr Meuriot; secrétaire général, le Dr Retti; secrétaires annuels, les Drs Semelaigne et Sollier; trésorier-archiviste, le Dr J. Voisin.

Journalistique. — Nous recevons le premier numéro de l'*American Medical Journalist*, publié à Saint-Louis, Mo, par notre confrère, M. le Dr Ch. Fasset. C'est là un journal d'un genre tout nouveau, auquel nous souhaitons le plus vif succès. Il est édité avec tout le luxe américain, c'est-à-dire sur un papier de choix et avec des illustrations en simili-gravure qui sont de véritables merveilles.

Nécrologie. — M. le Dr Lesage, député de Beauvais, souffrait d'un gros rhume, mais une amélioration avait paru se produire dans son état et on ne le croyait nullement en danger. Un matin, lorsqu'on est entré dans sa chambre, on l'a trouvé mourant. On pense qu'il a succombé à une congestion pulmonaire. M. le Dr Lesage était âgé de quarante-trois ans. Il y a quatre ou cinq ans, lors de la grande épidémie de typhus qui désola Beauvais, M. le Dr Lesage, qui était médecin de l'hôpital, se signala par son dévouement et contracta, au chevet de ses malades, la terrible maladie. Sa carrière politique date de 1892, année où il entra au conseil général de l'Oise. En 1895, il fut nommé député en remplacement de M. Boudeville, décédé. Ses opinions étaient radicales. — M. le Dr Bonnefoy (du Vexin) vient de mourir. « C'était un bon et aimable toqué, dit Sarcey, et le type du végétarien. » M. Bonnefoy avait été en effet en France, un des promoteurs de la croisade en faveur de l'alimentation végétarienne. Il a même écrit sur ce sujet un ouvrage qui est couronné par la Société d'encouragement au bien : *Principes d'alimentation rationnelle et de cuisine végétarienne.* Cet ouvrage était entièrement épuisé et il est devenu introuvable. Quand Sarcey eut la gloire de forcer l'éditeur, M. Berthier, à en publier une seconde édition, qui a été considérablement revue et augmentée, comme toutes les secondes éditions. L'ouvrage est curieux à lire. — M. le Dr Louis-Constant Chevalet, ancien premier médecin de S. A. S. Monseigneur le Prince Charles III de Monaco, médecin honoraire de S. A. S. le Prince Albert Ier de Monaco, officier de l'ordre de Charles III de Monaco et de différents autres ordres, décédé le 23 janvier 1897, dans sa quatre-vingt-unième année, à Paris. — M. Jules Troadec, étudiant en médecine, âgé de vingt et un ans, a été trouvé mort dans la chambre qu'il habitait, rue d'Assas, à l'hôtel Orfila. Ce jeune homme, qui était arrivé il y a quelques jours à Paris, venant de Morlaix où son père est greffier de la justice de paix, s'est tiré une balle de revolver dans la tempe droite. Dans une lettre, M. Troadec indique qu'il faut attribuer son suicide au chagrin que lui a causé la mort de sa mère, décédée il y a environ un mois. — M. le Dr Zographos, ex-médecin particulier du sultan Abdul-Medjid, et ancien membre du conseil supérieur de l'instruction publique ottoman, est mort à l'âge de soixante-seize ans, à Paris. Le défunt habitait parmi nous depuis plusieurs années. — M. le Dr Dumayne, médecin principal de 1re classe. — M. le Dr Morgrette (de Crécy-sur-Serre) (Aisne), reçu en 1873. — M. le Dr François Tédenat, président du Conseil d'arrondissement de Lodève, décédé à 83 ans. — M. le Dr Daum, ancien médecin-major au 1er bataillon de chasseurs, décédé à Saint-Nicolas, à l'age de 41 ans. — M. le Dr de Comeau (de Limoges). — M. le Dr Evanno (de Nesles-la-Vallée). — M. le Dr Garny (de Blidah). — M. le Dr Journiac (de Marseille). — M. le Dr Melquioud, (de Marseille). — M. le Dr Payan (de Payzac). — M. le Dr C. Corradi, privatdocent d'otologie, de rhinologie et de laryngologie à la Faculté de médecine de Turin. — M. le Dr Zdeckauer, ancien professeur à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg et ancien président du Conseil de médecine. — M. le Dr Georg Munch, ancien professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Kiew. — M. le Dr Ssudakewitsch, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Tomsk. — M. le Dr Fr. John Mouat, ancien professeur de médecine au Calcutta Medical College. — M. le Dr C. M. Bates, ancien professeur de médecine au Medical Department of the University of California de San Francisco. — Sir Spencer Wells, ancien président du Collège royal des Chirurgiens d'Angleterre. — M. Grandeau vient d'avoir la douleur de perdre son fils M. Henri Grandeau, docteur ès sciences, qui a succombé à un érésypèle de la face. L'inhumation a eu lieu à Nancy dans un caveau de famille.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Doléris commencera ses conférences cliniques sur l'obstétrique et la gynécologie, dans son service à la Pitié, le mardi 9 mars, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à 10 heures. — M. le Dr George Thibierge a commencé ses *leçons cliniques sur les maladies de la peau* le vendredi 5 février, à 10 heures 1/2, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Le mercredi et le samedi, à 9 heures, consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules Voisin, le jeudi, à 10 h. du matin.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hôpital Saint-Antoine. — *Maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert Ballet et E. Brissaud. M. Brissaud commencera, le jeudi, à 10 heures. M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Hallopeau, dimanche, à 9 h. 1/2 (salle des conférences).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes.

La 554e livraison de la Grande encyclopédie, parue cette semaine, est presque entièrement consacrée à la publication de la fin de l'article *Marine de Guerre*, commencé dans la livraison précédente, et sur lequel nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs. Ce magistral article, comprenant plus de 132 colonnes de texte, avec figures, c'est-à-dire représentant un volume de format ordinaire de plus de 400 pages, se termine par une importante bibliographie relatant tous les principaux ouvrages publiés sur la marine aussi bien en France qu'à l'étranger. Prix de chaque livraison : 1 fr. — Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Considérations sur la technique, les difficultés et les dangers de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes et de suppurations pelviennes (1).

Par PAUL SEGOND.
Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

A cette heure, l'opération de Péan a conquis sa vraie place et bien que le souvenir de nos luttes de début soit encore trop vivant dans mon esprit, pour ne pas me donner souvent le désir de rappeler le parti pris de nos premiers adversaires, je serais mal venu à revenir devant vous sur ce côté purement historique de la question. Si vous me faites l'honneur de vouloir bien attendre de moi quelques éclaircissements sur une question de pratique chirurgicale que vous connaissez déjà, pour l'avoir abordée avec ce permanent souci de ne poursuivre jamais que les vérités utiles, dont tous ici vous avez si hautement le secret, je n'ai chance de mériter un peu votre attention qu'en m'efforçant de vous imiter.

Or, parmi les questions complexes qui doivent longtemps encore rester à l'étude (indications réelles, résultats éloignés, etc.), il me semble que dans vos écrits les plus récents, votre attention s'est surtout arrêtée sur la technique même de l'intervention, ou pour mieux dire, sur ses difficultés et sur ses complications. C'est qu'en effet cette étude des difficultés ou des dangers immédiats de l'intervention n'est pas seulement une question de médecine opératoire ; sa portée est autre, et c'est elle qui, malgré tout ce que nous avons pu dire, vient encore défrayer l'argumentation des chirurgiens qui pensent encore, avec beaucoup d'entre vous, que nous donnons trop d'extension aux indications du morcellement.

Sans doute, ils ne contestent plus à l'hystérectomie vaginale sa supériorité, tant au point de vue de l'absence de toute cicatrice abdominale, qu'à celui de sa bénignité, quand elle est bien conduite; ils reconnaissent même, l'utilité de l'ablation de l'utérus et, à cet égard, il n'est pas sans intérêt de noter que l'argumentation actuelle de tous les partisans de l'ablation de l'utérus, par la laparotomie, en cas d'annexites, est en tous point conforme à celle que nous soutenions pour faire triompher l'opération de Péan, mais ils persistent à penser que le morcellement vaginal ne conserve ses avantages que dans les cas simples et, pour peu qu'une suppuration pelvienne soit trop complexe ou qu'un fibrome soit trop volumineux, ils pensent que nous avons tort de passer par le vagin. Or, comme je suis depuis longtemps de ceux qui contestent cette manière de voir, j'ai donc toutes les bonnes raisons possibles de reprendre avec vous ce côté particulier de l'argumentation, en vous disant quels sont, au point de vue des difficultés ou des dangers de l'inter- vention, les enseignements de ma pratique, pratique assez étendue, car j'ai fait, à cette heure, près de 600 hystérectomies par la méthode de Péan. J'ajoute que, pour ne pas allonger outre mesure cette communication, je m'en tiendrai à l'étude des faits concernant l'hystérectomie pour fibromes et l'hystérectomie pour phlegmasies péri-utérines.

Enfin, pour éviter tout malentendu, permettez-moi de bien spécifier que j'entends parler seulement ici de l'hystérectomie vaginale, pratiquée d'après la méthode imaginée par Péan. Cette précaution peut vous sembler superflue et cependant je la crois nécessaire. A l'heure actuelle, on paraît, en effet, trop souvent oublier le nom du véritable créateur de la méthode, ou du moins, si l'on s'en tenait à plus d'un écrit récent, on serait tenté de croire que certains procédés dits nouveaux sont à ce point perfectionnés qu'ils ont droit de priorité ou de méthode, ce qui est parfaitement inexact. Partant, il n'est pas inutile de remettre les choses à leur vrai point. Les manières de faire de tel ou tel chirurgien ne sauraient se ressembler absolument, mais il n'en résulte pas que chacune de ces manières de faire soit un procédé nouveau ; ce ne sont que des adaptations personnelles. En soulignant cette vérité, je ne fais qu'un acte de simple justice, sans porter aucunement atteinte au mérite ou à l'habileté des chirurgiens, maintenant nombreux, qui pratiquent et perfectionnent chaque jour l'opération de Péan. Qu'il soit donc bien entendu que la méthode de Péan est une. Cette méthode comprend toute une série de manœuvres particulières dont le but est, soit de morceller l'organe (évidements conoïdes, résections transversales, etc.), soit de détruire l'action de ses ligaments suspenseurs (hémisection, section totale antéro-postérieure, etc.); chacun doit connaître ces manœuvres et les varier suivant les cas particuliers, mais qu'on le sache bien, pas une d'elles ne peut être invariablement appliquée dans tous les cas et ne mérite le rang de méthode. Ceci posé, j'aborde directement mon sujet.

Je ne vous rappellerai pas le manuel opératoire du morcellement en cas de lésions annexielles; il est décrit dans la thèse que vous connaissez tous, celle de mon élève, M. le Dr Baudron. Mais, pour les fibromes, je crois utile de vous retracer en peu de mots les lignes principales de l'intervention, telle que je la conseille, après m'être instruit moi-même à la pratique de Péan.

Laissant de côté les cas bien exceptionnels dans lesquels l'exiguïté du vagin empêche le morcellement d'un fibrome pour ma part j'ai enlevé des fibromes à des vierges et je pourrais dire que presque jamais jusqu'ici, l'exiguïté du vagin ne m'a empêché de conduire à bien un morcellement, trois cas principaux peuvent se présenter :

(1) Communication au Congrès de la Société de Gynécologie des États-Unis, 1896. — Jusqu'à ce jour, ce travail n'a pas été publié en France.

(2) On sait que M. Segond a fait récemment, aux États-Unis, un voyage au cours duquel il a exécuté un certain nombre d'hystérectomies vaginales dans les hôpitaux des principales villes de l'Ouest. Les Américains ont accueilli le chirurgien français avec l'exquise urbanité qui les caractérise ; nous sommes heureux de leur adresser nos remerciements pour l'hommage fait en la personne de M. Segond à la science française. (N. D. L. R.)

Dans un premier groupe de faits, il s'agit de fibromes pelviens et notamment de fibromes du ligament large qui refoulent l'utérus vers l'un des points de l'enceinte pelvienne et bombent fortement dans le fond du vagin. C'est donc au fibrome qu'on doit s'attaquer tout d'abord, l'hystérectomie vient ensuite et n'est alors qu'un temps complémentaire fort simple. Dans un deuxième groupe, la masse néoplasique siège au-dessus de l'utérus, qu'elle refoule vers le bas, et les rôles sont en quelque sorte renversés ; l'hystérectomie est préliminaire, c'est par elle qu'il faut commencer pour atteindre les fibromes. Dans un troisième groupe enfin, et celui-ci répond à la majorité des cas, le ou les fibromes sont intra-utérins, et par conséquent le morcellement de l'utérus doit marcher de pair avec l'hystérectomie; l'hystérectomie est en un mot simultanée. Mais laissons de côté ces éventualités dont les conséquences opératoires se comprennent aisément et n'envisageons que les cas ordinaires, ceux dans lesquels on peut s'attaquer d'abord au col. Voici dans quel ordre j'ai coutume de faire succéder mes manœuvres.

Incision du vagin au bistouri ; libération du col sur ses deux faces avec ouverture du cul-de-sac postérieur; mise en place de deux pinces à mors courts sur les deux utérines; section de la base des ligaments larges résection du col ; fixation de la paroi utérine postérieure avec une forte pince ; enfin, attaque et morcellement du corps utérin sans hémostase préalable d'habitude, l'hémisection de la portion de paroi accessible, l'évidement conoïde au bistouri ou les résection de forme variable permettent d'arriver sans encombre à la bascule antérieure de l'organe et l'opération s'achève dans les meilleures conditions possibles. Bien entendu, ceci n'est qu'une sorte de schéma opératoire qu'il faut savoir varier suivant les cas particuliers, mais, tel qu'il est, sachez bien qu'il répond à des ressources opératoires assez complètes pour nous permettre de donner une extension remarquable aux indications du morcellement.

Je pense, en effet, et je tiens particulièrement à vous en convaincre, je pense, dis-je, que le morcellement bien conduit ne permet pas seulement de s'attaquer à des fibromes de petit ou de moyen volume et qu'il reste l'opération de choix, tant que le niveau supérieur de la masse morbide ne dépasse pas le niveau de l'ombilic. C'est, vous le savez, la thèse que j'ai défendue au dernier Congrès français de chirurgie, en m'appuyant sur une série de 66 cas prélevés sur ma statistique générale d'hystérectomies pour fibromes et ne comprenant que les cas dans lesquels la masse morbide à morceller pesant de 1.000 gr. à 4 kil., remontait plus ou moins franchement au niveau de l'ombilic. Ces 66 observations m'ont donné 59 guérisons et 7 morts, dont le détail est publié dans les bulletins de notre Congrès. Comme je le disais dans cette communication, par le temps qui court, il est pour le moins osé de s'appuyer sur une statistique comprenant autre chose que des succès impeccables, mais, pour toutes les raisons que j'ai développées dans le travail dont je vous parle, je persiste à penser que, telle qu'elle est, ma statistique est suffisante pour démontrer que le morcellement vaginal se présente avec les caractères d'une opération sûre et rationnelle, à cette seule condition que la masse ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.

Et, puisque je parle de mortalité, laissez-moi vous dire incidemment que, tout en admirant beaucoup les statistiques d'hystérectomies qui n'accusent qu'une mortalité de 2 à 3 0/0, je persiste à penser qu'elles ne traduisent pas la réalité et qu'à les considérer comme autre chose que des séries exceptionnelles, on s'exposerait à d'assez graves mécomptes. Sans doute, il est bien vrai que dans les cas simples de lésions annexielles, par exemple, la mortalité peut être voisine de 0 0/0, mais quand nos opérées sont de grandes malades, on s'abuserait étrangement en pensant qu'il peut en être de même, et l'hystérectomie, pas plus que la laparotomie, ne conserve le droit d'immunité. Quant aux fibromes, ils ont, à mon avis, moins encore que les lésions annexielles, le privilège de nous laisser escompter l'invariabilité du succès. Je me suis expliqué sur ce point au dernier Congrès de chirurgie et je n'y reviens pas, mais, quoi qu'on puisse dire, je reste convaincu que, chez les femmes atteintes de fibromes, la laparotomie comme l'hystérectomie seront toujours des interventions assez sérieuses pour que notre premier devoir soit toujours d'en discuter les indications avec la plus extrême sévérité. Mais je reviens à mon sujet.

Par ce qui précède, je vous ai dit comment le *volume* n'est pas une contre-indication du morcellement, toutes les fois que ce volume ne dépasse pas les limites précitées. On m'a souvent riposté qu'ainsi posée, la formule était insuffisante et que, à coté des considérations tirées du niveau supérieur de la masse néoplastique, beaucoup d'autres facteurs, tels que les dimensions du vagin, celles du bassin, la largeur de l'utérus, etc , devraient entrer en ligne de compte. C'est parfaitement juste. Il est bien clair que le morcellement d'un fibrome peut avoir ses causes de dystocie, si je puis ainsi dire, et qu'un utérus fibreux comblant les deux fosses iliaques sera plus dur à morceller qu'une masse fibreuse mobile autant qu'étroite. Mais ce sont là des vérités trop évidentes pour figurer dans la formule générale d'une indication, d'autant que, jusqu'ici, la grande largeur d'un fibrome, ses adhérences ou l'exiguité de la voie choisie pour l'extraire ne m'ont jamais arrêté. Sans méconnaitre aucunement les démentis que les surprises cliniques réservent aux assertions trop absolues, j'en reste donc à la formule que j'ai proposée et, je vous le répète, elle est suffisante pour l'immense majorité des cas.

Parmi les autres objections qu'on peut faire au morcellement, en se basant sur ses difficultés ou ses complications, je dois, me semble-t-il, tenir seulement compte de celles qui visent les *blessures viscérales* (vessie, uretères, intestin), *et les hémorrhagies*. Je sais bien que ces objections ne sont pas les seules. La *friabilité* particulière du tissu utérin, par exemple, mérite considération. Rare dans les fibromes, on la rencontre surtout en cas de lésions inflammatoires, notamment dans les lésions post-puerpuérales et les difficultés qu'elle nous réserve alors, sont telles que j'ai, tout le premier, conseillé de ne jamais tenter l'hystérectomie vaginale dans les cinq ou six semaines qui suivent l'accouchement. Comme complication particulière au manuel de l'opération de Péan, je devrais aussi parler de l'*occlusion intestinale* post-opératoire, complication grave dont mon élève, M. Giresse, vient dernièrement de faire l'histoire dans sa thèse inaugurale.

Un autre reproche fait au morcellement vaginal concerne les *hernies vaginales* consécutives dont il serait, dit-on, coupable; accusation qui est, à mon avis, dénuée de tout fondement, car chez les femmes qui ont, bien entendu, un périnée suffisant, je puis dire que

jamais je n'ai rencontré la complication en question. Mais, si intéressantes que puissent être ces têtes de chapitre, je ne puis que vous les signaler, sous peine d'abuser beaucoup trop de votre temps, et je veux réserver les quelques instants dont je puis encore disposer aux *hémorragies et aux blessures viscérales* en m'efforçant de vous démontrer que ces complications sont faciles à éviter, lorsqu'on manœuvre comme il convient, et qu'elles doivent être, par conséquent, considérées comme des complications beaucoup trop rares pour nuire à l'opération.

Commençons, si vous le voulez bien, par les blessures de la *vessie* et de *l'uretère*.

Les blessures de la *vessie* sont possibles, soit au début même de l'intervention, soit au cours des manœuvres consécutives. A début, c'est en incisant le vagin pour libérer la lèvre utérine antérieure, qu'on risque d'intéresser la vessie. Plus tard, le danger provient surtout soit d'une forcipressure défectueuse, soit de l'emploi maladroit ou trop brutal des valves destinées à la protection de la vessie. Il me paraît donc assez facile de réduire au minimum la fréquence de la complication en question. Au début, la plus légère attention suffit. En mobilisant un peu le col, on reconnaît aisément le point où doit porter l'incision vaginale, sans qu'il soit jamais besoin de recourir au cathétérisme pour se reconnaître. Le décollement se fait ensuite soit à l'aide de l'ongle du pouce, soit avec un instrument mousse dans les meilleures conditions possibles de sécurité. L'important, c'est de faire ce décollement bien au ras du tissu utérin, que l'on rugine pour ainsi dire, et surtout de le faire très largement sur les parties latérales. Grâce à cette dernière précaution, rien n'est plus simple que de placer les deux premières pinces sur les artères utérines, tout contre le col, avec la certitude d'éviter la vessie. Quant au cul-de-sac péritonéal, je ne m'attarde pas à le rechercher dans ce premier temps. Son ouverture doit se faire au temps suivant, quand le col est entièrement libéré et qu'on s'attaque au corps même de l'organe. C'est la seule manière de se réserver la possibilité de faire des hystérectomies extra-péritonéales, dans les cas de pelvipéritonites à larges adhérences.

Plus tard, la vessie n'est réellement en danger que par la manœuvre des écarteurs introduits entre le corps utérin et la vessie, dans le but de protéger cette dernière. Le remède est donc bien simple; il faut se garder de fourgonner à l'aveugle et se contenter de récliner doucement les parties molles au devant de l'utérus, de les ratisser, dirais-je volontiers, à l'aide d'un écarteur à valve courte. De la sorte, on n'a pas seulement l'avantage de n'exposer ni la vessie, ni l'uretère, mais encore on ne rétrécit pas son champ d'action et on a plus de place. En procédant comme je viens de vous le dire, je n'ai, pour ma part, blessé la vessie que dix fois tout au plus. Aussi bien suis-je en droit de dire cette complication rare. Dans les cas dont je vous parle, je n'ai jamais reconnu la blessure vésicale qu'à la chute des eschares; j'ai donc guéri mes malades par une intervention secondaire. Une seule fois, j'ai reconnu la blessure au cours de l'intervention et j'ai pu la fermer séance tenante. Quant à la guérison spontanée, je ne l'ai jamais observée.

La blessure de *l'uretère* est bien autrement grave que la précédente ; mais par bonheur, lorsqu'on procède comme il convient, j'estime qu'on peut la considérer comme tout à fait exceptionnelle. Pour ma part, sur un total de 600 hystérectomies, je n'ai blessé l'uretère que deux fois. Dans les *Bulletins de la Société de Chirugie de Paris* de l'an dernier, j'ai donné les détails voulus sur les précautions à prendre pour éviter cette complication et, sans doute, vous en avez pris connaissance. Permettez-moi cependant de vous les résumer en peu de mots. La blessure de *l'uretère* dont on ne fait jamais le diagnostic qu'à la chute des eschares, peut se produire de deux façons différentes. Tantôt, elle se fait au cours du morcellement du corps utérin, et, comme pour la vessie, ce sont les écarteurs mal placés ou trop brutalement manœuvrés qui sont coupables. Nous pouvons donc négliger ce premier mécanisme, puisque, je vous l'ai dit, nous avons tout avantage à ne pas introduire profondément nos écarteurs à ce moment de l'opération. Tantôt, et c'est la règle, elle se produit au début de l'opération, alors qu'on place les deux premières pinces sur les utérines. Aussi bien quelques opérateurs ont-ils pensé qu'il serait tutélaire pour l'uretère de faire l'opération de Péan sans pincement préalable des utérines et par conséquent sans amputation du col. Je suis, pour ma part, d'un avis absolument opposé.

Le pincement préalable des utérines donne une grande sécurité sans que les deux pinces ici nécessaires soient le moins du monde encombrantes. Quant à l'amputation du col, elle nous fait de la place et nous permet une amarre solide sur le corps même de l'organe. Enfin, et j'insiste beaucoup sur ce point, *la complète libération préalable du col* est le plus sûr moyen d'éviter la blessure de l'uretère. Si l'uretère conservait toujours, vis-à-vis du col, les distances que lui assignent l'anatomie normale, il serait pour ainsi dire impossible de le blesser quel que soit le procédé employé. Mais en pratique, il faut oublier cette distance et faire comme si l'uretère était directement accollé contre l'utérus, ce qui est du reste bien souvent la règle en cas de fibromes. En outre, il faut se souvenir que, tant que le col n'est pas libéré, l'uretère le suit dans ses mouvements de descente. Dans ces conditions, n'est-il pas évident que pour protéger sûrement l'uretère, notre plus sûre précaution soit de le chasser, dès le début, de notre champ d'action. A mon avis, cette question ne fait pas l'ombre d'un doute et, par conséquent, voici le conseil opératoire très formel que je donne : Commencer toujours par la libération et l'amputation du col, après pincement des utérines ; placer ses pinces bien au ras du tissu utérin, et surtout, ne procéder à ce pincement, qu'après avoir décollé les parties molles pré-utérines largement et très soigneusement *surtout sur les parties latérales*. Cela fait, on peut continuer l'opération en toute sécurité, les uretères, refoulés au loin, n'ont plus aucune connexion utérine et leur blessure est désormais impossible.

J'en arrive aux *blessures intestinales* et aux *hémorrhagies*.

Lorsqu'il n'y a pas de pelvi-péritonite dans le cul-de-sac de Douglas, il me paraît impossible de blesser le *rectum*. Dans les conditions inverses, il convient d'être plus prudent. Une fois, par exemple, dans un cas de pelvi-péritonite très grave, il m'est arrivé d'entrer d'emblée dans le rectum, en incisant le cul-de-sac postérieur, mais c'est le seul accident de cette nature qui soit à mon passif. D'habitude, et toujours en cas de pelvi-péritonite, c'est dans les derniers temps du décollement postérieur qu'on intéresse l'intestin : tantôt avec les doigts, tantôt avec la valve d'un écarteur. D'autant qu'en pareilles circonstances, les parois rectales sont souvent très amincies, à moins qu'elles ne soient déjà perforées par le pus. Les règles à suivre pour

ne pas perforer le rectum, ou bien encore pour ne pas augmenter une solution de continuité pré-existente, se résument donc à ceci : Décoller au doigt, très prudemment et réduire au minimum l'emploi des écarteurs. Rien n'est plus simple. Lorsque le col est amputé, on place une forte pince à abaissement sur la paroi utérine postérieure, et c'est elle qui sert désormais à déprimer la fourchette, sans qu'il soit nécessaire de placer une valve à ce niveau. De la sorte, je puis vous l'affirmer, la blessure du rectum devient rare et, de plus, vous savez qu'elle est sans gravité. Pour ma part, j'en ai observé un certain nombre, et toutes, sans exception, ont guéri spontanément sans la moindre intervention secondaire.

A côté des blessures du *rectum*, je dois vous parler des autres blessures *intestinales*. Ici l'*entérocèle adhésive* est parfois un danger et, par conséquent, nous devons surveiller beaucoup nos manœuvres de décollement postérieur. Mais le vrai péril ne se présente que plus tard, alors que l'utérus étant enlevé, on procède à l'ablation des annexes. Or, ici, je ne puis que vous rappeler l'une des règles les plus formelles de l'opération de Péan : ne rien laisser à l'imprévu, ne faire que ce que l'on voit, et ne se fier qu'à des sensations digitales fort nettes. Dans ce temps de l'opération, il arrive, sans doute, qu'on pratique certains décollements en se fiant seulement à la netteté des plans de clivage que l'index rencontre, la manœuvre ressemble singulièrement à à celles qui permettent la libération digitale des annexes dans l'opération type de Lawson Tait, c'est-à-dire dans une laparotomie à incision étroite, et dans les deux cas, on agit vraiment en toute sécurité. Mais pour peu qu'on rencontre des difficultés, il ne faut plus agir que sous le contrôle de ses yeux.

S'il est impossible de réaliser ce programme, il est indispensable de s'arrêter et de se contenter d'une opération incomplète, sous peine de s'exposer à des accidents. J'en ai fait moi-même l'expérience dans quatre cas de suppurations graves. Trois fois, j'ai produit des déchirures intestinales, qui, pour avoir guéri spontanément, ensuite n'étaient pas moins fort regrettables, et, une fois, en m'acharnant à mobiliser à l'aveugle des annexes trop adhérentes, j'ai réséqué plusieurs centimètres d'intestin grêle. Mais, je tiens à le souligner très nettement, le seul coupable ici, c'était moi, et la méthode ne saurait en souffrir.

Du reste, sachez le bien, les cas dans lesquels on ne peut pas surveiller ses manœuvres, les cas dans lesquels on doit s'en tenir à des interventions incomplètes sont l'exception, et, pour ma part, je ne compte plus les cas dans lesquels j'ai, sous les yeux mêmes de mes assistants, libéré des adhérences intestinales, épiploïques ou appendiculaires et réalisé l'ablation des annexes les plus adhérentes. Aussi bien, suis-je arrivé à cette conviction que tout ce qui est énucléable par le ventre l'est aussi par le vagin et que ce qu'il est impossible d'enlever par le vagin ne peut l'être, par le ventre, qu'au prix d'interventions très laborieuses. J'ajoute qu'au point de vue du pronostic d'avenir des pelvi-péritonites suppuratives les plus graves, les ablations incomplètes par voie vaginale donnent, dans la majorité des cas, les résultats les plus satisfaisants, et, ce qui le prouve mieux que tout autre considération, c'est que, dès le début, l'opération de Péan, appliquée à les cas graves, a conquis les suffrages de tous, ou peut s'en faut. Pour finir avec les précautions à prendre vis-à-vis de l'intestin, je vous rappelle l'attention qu'on doit mettre à la mise en place des lanières qui constituent le pansement, et je termine par quelques considérations sur les hémorrhagies.

Les *hémorragies* de l'hystérectomie peuvent s'observer tardivement. J'en ai observé quelques cas, sans gravité du reste, au huitième, dixième ou douzième jour et c'est pourquoi je ne comprends guère qu'on puisse permettre aux opérées de se lever, ou même de se remuer beaucoup dans leur lit avant le quinzième jour. Les *hémorrhagies* susceptibles de se produire à l'ablation des pinces, c'est-à-dire au bout de 48 heures, sont plus inquiétantes. Elles sont heureusement fort rares. Quant aux *hémorrhagies* opératoires proprement dites, les seules qui nous intéressent aujourd'hui, je sais qu'il y en a eu de terribles, mais, pour ma part, je n'ai jamais eu à déplorer cet accident et j'affirme qu'avec un manuel opératoire convenable, on peut toujours l'éviter.

Les deux premières pinces paralysent les utérines et dès qu'elles sont placées, les tranches vaginales qui donnent parfois beaucoup de sang au début de l'opération cessent absolument de saigner. Aussi, est-il parfaitement inutile de s'attarder à une hémostase quelconque avant la mise en place des deux pinces en question. Celles ci, une fois posées, on n'a plus à compter avec le sang avant la fin de l'opération, et, sous l'influence des tractions que l'opérateur doit tout le temps soutenir, l'utérus fait lui-même son hémostase en agissant à la manière d'un coin sur les parois de la filière qu'il traverse. Cette particularité est très saisissante pour tous ceux qui voient pratiquer l'opération pour la première fois.

Par contre, lorsque vient la fin du morcellement, il faut être très attentif. D'habitude, le corps utérin basculant en avant, on place ses pinces de haut en bas, sur les ligaments larges ; mais peu importe ici le sens du pincement ou le nombre des pinces. L'indispensable, c'est de bien pincer tout ce qui saigne en s'aidant des longs écarteurs de Péan pour y bien voir et en attirant à soi, par des tractions appropriés, les parties cruentées. La qualité des instruments offre ici une importance de premier ordre et je ne connais rien de meilleur que les pinces courtes de Péan adoptées du reste par nombre d'opérateurs. Je les préfère parce qu'elles ne cassent pas, parce qu'elles ne dérapent jamais et parce que leur ablation est infiniment moins douloureuse que celle des pinces à mors longs.

Enfin, pour être bien sûr de son hémostase, il convient d'être particulièrement en éveil dans les tout derniers temps de l'intervention. Je veux dire par là, qu'on ne doit placer les lanières de gaze qu'après une inspection soigneuse et prolongée du champ opératoire. Cette inspection ne portera pas seulement sur les régions dangereuses, c'est-à-dire latérales, mais aussi sur les tranches vaginales qui rarement, mais parfois, nécessitent une hémostase spéciale. Bref, on ne se déclarera satisfait que lorsqu'on aura notoirement constaté qu'il n'existe plus, nulle part, le moindre suintement sanguinolent.

Telles sont les généralités que je désirais vous soumettre, et, si incomplètes qu'elles puissent être, j'espère qu'en les ajoutant au souvenir de quelques cas difficiles que vous m'avez fait l'honneur de me confier et que vous m'avez vu opérer, vous saisirez bien le pourquoi de mes convictions sur la valeur de l'opération de Péan et sur la sécurité de sa technique. Puissé-je vous en avoir convaincus. Tout ce qu'on a dit sur l'encombrement par les pinces, sur l'impossibilité d'y voir, sur la fréquence des complications opératoires, n'est pas exact. Sans doute, l'hystérectomie a tout, comme la la-

parotomie, ses écueils, ses dangers, ses imperfections, ses difficultés ou même ses impossibilités, mais, croyez-le bien, elle n'en demeure pas moins une opération merveilleuse, indispensable à généraliser aussi bien pour les fibromes ne dépassant pas l'ombilic que pour les ablations anexielles bilatérales quand elles sont très nettement indiquées.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de la canitie.

Nous avons oublié dans la note sommaire dont nous avons fait suivre la lettre de notre ami le Dr E. Brissaud. de rappeler à nos lecteurs l'observation d'une malade atteinte de myxœdème infantile. produit fort probablement par une émotion violente éprouvée par sa mère dans les conditions suivantes: son mari était directeur d'une fabrique de faïence à Orléans. Les Prussiens ont envahi la fabrique, ils voulaient tout emporter; il parlementait. discutait avec eux. pour sauver le plus possible, se plaignant vivement de ce qu'ils avaient mis leurs chevaux dans les magasins remplis de faïences et de vaisselle. Deux fois. ils l'ont collé au mur. « Mon mari, étant franc-maçon, a fait un signe, et. deux fois, un officier prussien, appartenant à la franc-maçonnerie, est intervenu et l'a sauvé. *Ses cheveux ont blanchi complètement dans la nuit suivante* » (1).

B.

L'exercice de la Médecine à Madagascar et la Nouvelle Ecole de Médecine de Tananarive.

Un arrêté du général Gallièni fixe, ainsi qu'il suit, les conditions d'exercice de la médecine à Madagascar:

Nul ne peut exercer la médecine à Madagascar et dans ses dépendances s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine d'une Faculté française.

Sont considérés comme docteurs en médecine d'une Faculté française et autorisés à exercer à Madagascar seulement les indigènes ayant obtenu leur diplôme dans l'une des écoles de médecine françaises établies dans la colonie.

Les médecins et chirurgiens diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer leur profession à Madagascar et dépendances qu'à la condition d'avoir obtenu, devant une Faculté française, le diplôme de docteur en médecine conformément aux dispositions spécifiées dans l'article 5, titre IV de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Par une disposition transitoire, les médecins diplômés à l'étranger exerçant actuellement leur profession à Madagascar pourront être autorisés, s'ils en font la demande, à l'exercer dans la colonie. Rien à dire sur ce point.

Mais cet arrêté se complète par la création à Tananarive d'une école de médecine, destinée à former des indigènes et cette école sera placée sous la direction du médecin principal, M. Métayer.

Dans un de nos précédents numéros, nous avions déjà signalé cette innovation, qui n'était peut-être pas d'une utilité très immédiate. On aurait pu, en ce qui concerne cette création d'école, attendre un peu et essayer d'abord d'envoyer à Madagascar quelques-uns de nos confrères, qui ne trouvent pas en France à exercer leur profession. Ce n'est pas là un moyen bien remarquable, ce nous semble, de favoriser l'émigration de nos compatriotes.

De plus, pourquoi avoir organisé là-bas une école avec des tendances aussi militaires, à l'aide d'un personnel d'où le pékin nous paraît banni? Etait-il donc impossible de trouver un médecin *civil*, en France ou à Tananarive, capable d'organiser et de diriger la première ébauche de l'Université malgache? Pour nous, nous permettons de douter encore. Mais, en face du commandement et de la discipline, le civil n'a qu'à s'incliner.

M. B.

Assainissement de Marseille.

Marseille est alimentée en eau de la Durance dans des conditions insuffisantes et défectueuses. Le projet auquel le Comité d'hygiène publique de France vient, sur le rapport de M. Ogier, de donner un avis favorable a pour but, en attendant mieux, de distribuer cette eau en plus grande abondance et dans de meilleures conditions.

Les prises d'eau, dans la rivière, se font en amont et en aval du pont de Pertuis, sur la rive gauche de la rivière. Après un parcours de 13 kilomètres, les eaux se décantent dans le bassin de Saint-Christophe, d'une contenance de 20 hectares qui permet, chaque année, de rejeter en Durance — dont le canal d'amenée est tout proche —, au moyen de fortes chasses, les vases accumulées au fond du réservoir.

Les eaux se reposent encore, un peu avant d'arriver à Marseille dans un second bassin dont les boues ne peuvent être transportées plus ou moins loin. Le nettoyage se fait deux fois par an et dure chaque fois quinze jours, ce qui jette une grande perturbation dans la distribution d'eau.

Il existe plusieurs causes de pollution. D'abord le canal est à ciel ouvert durant une certaine partie de son trajet; ensuite il traverse des agglomérations assez importantes.

Le projet actuel n'est qu'un projet d'attente. Il n'a que des avantages relatifs, entre autres celui de donner de l'eau en quantité plus grande pour satisfaire aux nécessités du Tout à l'égout, ensuite celui de supprimer les deux périodes de chomage, grâce à l'installation de vastes réservoirs dont l'un a une contenance de 1.595.000 mc.

Les diverses assemblées consultées sont unanimes à déclarer qu'il faut pourvoir le plus vite possible Marseille d'eau de source. Les recherches qui ont été faites montrent que cela est facile. Dans l'une des pièces du dossier, un conseiller indique la Fontaine l'Evêque. source située dans le voisinage du Verdon, affluent de la Durance, à 40 ou 50 kil. de Marseille. Elle ne débiterait pas moins de 5 mc. à la seconde d'eau de bonne qualité, ce qui ferait plus de 1.000 litres d'eau par jour, pour chaque habitant. Aussi le Comité a-t-il pensé qu'il fallait inviter la municipalité de Marseille à faire étudier d'urgence un projet pour l'amenée d'eau de source. Souhaitons. pour les Marseillais, que cette invitation ait un prompt résultat. B.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé *Officier d'Académie*, M. d'Esménard, ingenieur sanitaire de la ville de Bordeaux, fondateur de la Société d'ingénieurs et architectes sanitaires de France.

LA MEDECINE ET LES FEMMES EN RUSSIE. — M. Lapauze nous apprend qu'une des filles du comte Tolstoï, Mlle Marianne, s'est faite le médecin bénévole de Yasnaïa, et s'en va, par les isbas, porter ses soins, donner des médicaments aux malades.

LA SYPHILIS DANS LES INDES ANGLAISES. — Le *Times* publie une longue dépêche de son correspondant à Calcutta sur les ravages faits par la syphilis dans les rangs de l'armée anglaise aux Indes. Sur 1.000 hommes 522 sont incapables de faire aucun service par suite de cette maladie ou des affections congénères.

(1) Voir *Progrès médical*, 1895. 20 juillet, p. 33, et *Compte rendu du service des enfants de Bicêtre en* 1895, p. 95.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 février 1897. — PRÉSIDENCE DE M. GLEY.

MM. Ch. RICHET et BROCA ont recherché le *rôle de l'oxygénation et des poisons sur l'exitabilité cérébrale*. Avec les électrodes fixés en un même point du cerveau, on détermine d'abord l'excitabilité normale: puis, par l'asphyxie, on constate une hyperexcitabilité passagère, suivie d'une disparition de l'exeitabilité. En rendant de l'oxygène à l'animal, on peut la faire réapparaître même après quelques minutes. L'éther, le chloroforme amenèrent rapidement la perte de l'excitabilité eérébrale, le chloralose la conserve au contraire.

M. SOULIÉ (de Toulouse) adresse une note sur les *variations morphologiques* des cellules endothéliales du péricarde et de la plèvre.

M. PRENANT (de Nancy) a envoyé une note sur *la structure de la cellule hépatique*,

M. KLIPPEL a examiné les *altérations des glandes salivaires dans un cas d'ataxie locomotrice* avec troubles de la sécrétion salivaire. Il a constate de l'inflammation catarrhale diffuse des gros eanaux excréteurs, et des altérations dégénératives des cellules salivaires. L'auteur pense que ees lésions sont mixtes. D'une part, l'inflammation est microbienne et ascendante, mais, d'autre part, l'irritation fonetionnelle développée sous l'influence de la lésion du système nerveux central est prépondérante et favorise l'invasion microbienne, qui ne serait que secondaire. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 février. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Urobilinurie dans le cas de lésions traumatiques du foie.

M. HAYEM rapporte deux observations d'urobilinurie observée par M. LAVAL dans des ruptures du foie avec hémorrhagies péritonéales. Ce fait a un réel intérêt diagnostic. Trois causes peuvent expliquer l'urobilinurie : les modifications de la circulation hépatique, l'infractus du foie, l'épanchement de sang intrapéritonéal.

Combinaison de la saignée et de la transfusion sanguine.

M. BARIÉ, dans les pneumonies graves, l'urémie, pratique après une saignée de 500 à 800 gr., une injection de quantité égale de sérum artificiel d'Hayem. Théoriquement, ce procédé facilite l'élimination des toxines et maintient la tension artérielle. Pratiquement, M. Hayem eroit que de nouvelles études sont encore néeessaires.

L'épidémie de peste.

M. COLIN signale l'extension de la peste dans des contrées très méridionales (détroit de Bab-el-Mandeb, sud de l'Indo-Chine), qu'elle n'avait jusqu'ici pas atteint dans les autres épidémies.

Le tétanos à Madagascar.

M. POLAILLON lit un rapport sur un travail de M. BUREAU signalant l'extrême fréquence du tétanos à Madagascar (après une simple injection de quinine) et même chez les soldats rapatriés pendant la traversée. Les précautions antiseptiques doivent donc être d'une minutie excessive dans ces climats.

La lèpre oculaire.

M. HALLOPEAU lit un rapport sur un travail de M. GOUVEAU relatif à diverses manifestations oeulaires de la lèpre. La paralysie de l'orbiculaire, probablement par névrite, semble jouer un rôle prépondérant dans ces complications. La blépharosaphie contribue à les prevenir.

Traitement de la tuberculose par le mercure.

M. LABORDE, discutant un travail de M. DUBOIS, regarde l'action spécifique du mercure sur la tubereulose comme eneore bien peu démontrée.

Testicule polikystique.

M. KIRMISSON a opéré, il y a treize mois déjà, un enfant d'un an offrant une tumeur polikystique du testicule. Malgré l'abondante prolifération épithéliale constatée sur la paroi des kystes, aueune récidive ne s'est jusqu'iei produite.

Procédé de gastrostomie.

M. F. VILLAR décrit un procédé nouveau fort intéressant de gastrostomie. Après avoir attiré un pli de l'estomac, par l'ineision classique, on le fixe par la base au niveau de cette incision; puis on le fait passer sous un pont eutané et on en suture le sommet à la partie supérieure de ce pont. Ce procédé, pratiqué sept fois en France, dont six à Bordeaux, a, dit M. Villar, les avantages suivants : 1° l'opération est faeile; 2° la bouehe stomacale a toujours fonctionné d'une façon parfaite; 3° il n'y a jamais eu ni douleur, ni ulcération autour de l'ouverture fistuleuse.

Accidents éclamptiques et hystériques.

M. CLOZIER (de Beauvais) signale des faits d'assoeiation de ces deux ordres d'accidents disparaissant tous deux en opérant sur les zones hystéroclastiques.

Les rayons de Rœntgen.

M. KIRMISSON montre une radiographie permettant de voir un sou arrêté dans l'œsophage au point normalement le plus rétréci. Le sou a été extrait par l'œsophagotomie.

Élections.

L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Landouzy sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. Voici l'ordre de classement : première ligne : M. Fernet: deuxième ligne : M. Rendu; troisième ligne : (*ex æquo*) MM. Troisier et Joffroy: quatrième ligne : (*ex æquo*) MM. Marie et Chauffard.

Séance du 9 février. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Les rayons X.

M. LABORDE montre une série de radiographies due à MM. OUDIN et BARTHÉLEMY, et montrant les variations de formes de l'estomac d'après les divers modéles de eorsets.

M. CHAMPIONNIÈRE fait remarquer que les corsets qui respectent l'estomac ont souvent l'inconvénient de comprimer l'estomac.

MM. CHIPAULT et LONDE présentent diverses radiographies relatives à la chirurgie du systéme nerveux : balles intracraniennes, trépanations craniennes et vertébrales, ligatures apophysaires, compression du plexus braehial par un cal vicieux.

L'hyperleucocytose.

M. ROUX lit un rapport sur l'intéressant travail de M. MAUREL signalant l'hyperleucocytose: 1° à la suite des maladies infectieuses: 2° aprés l'application des révulsifs.

L'hygiène des fabriques d'allumettes.

La fabrication des allumettes est au point de vue hygiénique reste à peu près la même qu'en 1860. Les accidents (carie, nécrose, fractures, osseuses), sont fréquents. M. A. ROBIN a récemment insisté sur l'intensité de la déminéralisation par les urines chez les sujets intoxiqués. Le Ministre des finances ayant demandé à l'Académie de lui présenter un rapport sur les mesures les plus propres à assainir la fabrication des allumettes, l'Académie a confié l'étude de cette question a une commission composee de MM. Théophile Roussel, Magitot, Charles Monod, Hanriot et Vallin rapporteur. Ce dernier a donné lecture d'un rapport dont

voici les conclusions, sur lesquelles l'Académie aura à voter dans une prochaine séance. « Il est urgent de faire cesser l'insalubrité qui persiste dans un grand nombre de manufactures d'allumettes en France. La suppression du phosphore blanc est le seul moyen capable d'assurer l'assainissement définitif de cette industrie. L'emploi général de machines automatiques perfectionnées est une ressource précieuse, mais à la condition que les opérations nuisibles aient toujours lieu dans une cage vitrée où ne séjournent pas les ouvriers. En attendant la réussite compète des expériences en cours, l'insalubrité actuelle pourrait être diminuée par les mesures suivantes : ventilation beaucoup plus active ; emploi de courte durée et alternance des ouvriers dans les ateliers dangereux ; sélections initiales et visites médicales périodiques, avec élimination temporaire ou définitive des ouvriers ayant la bouche en mauvais état : installation plus complète et surveillance rigoureuse des réfectoires, des lavabos, des vestiaires, etc. »

Mortalité des troupes de la marine

MM. Vincent et Burot, par un nouveau procédé statistique, l'étude du matricule de chaque homme, ont déterminé très exactement cette mortalité qui de 1891 à 1895 a atteint 16 0/0 de l'effectif. La tuberculose est plus fréquente que dans l'armée. Elle cause près du quart des décès.

Cure opératoire de la phlébite otitique du sinus latéral.

M. A. Chipault fait en son nom et au nom de M. Lambotte (d'Anvers) une communication qu'en raison de son importance pratique nous reproduisons presque *in extenso*. Il n'y a pas dix ans, la phlébite otitique du sinus latéral était considérée comme à peu près fatale, et comme absolument inaccessible aux tentatives thérapeutiques. C'est à partir de cette époque seulement qu'on essaya contre elle un traitement opératoire, d'abord timide et partiel, puis de plus en plus audacieux. Notre opinion, à son sujet, n'a point varié : nous la croyons justifiée par un certain nombre de principes et par une technique opératoire découlant nécessairement de ces principes. Ces principes, tout d'abord, basés sur une statistique déjà importante, sont les suivants : *a*) il faut intervenir toujours ; *b*) il faut intervenir le plus tôt possible ; *c*) il faut intervenir le plus largement possible. En effet, sur 118 interventions chirurgicales pour phlébite otitique du sinus latéral on a obtenu, par la mastoïdectomie simple : 16 guérisons et 21 morts ; par la mastoïdectomie avec ouverture de la loge sinusale, puis du sinus et lavage de celui-ci : 17 guérisons et 15 morts ; par le lavage du sinus associé à la ligature de la jugulaire : 31 guérisons et 18 morts. Un tel parallélisme entre la hardiesse de l'intervention et l'importance du résultat obtenu ne pouvait que m'encourager à proposer une technique plus complète que celles employées et que je viens de vous énumérer. Cette technique a l'avantage d'isoler complètement le foyer septique sinusal du torrent veineux. Elle comprend trois temps : 1° double ligature de la jugulaire interne au cou, avec section de la veine entre les deux ligatures et fixation du bout supérieur dans l'angle supérieur de la plaie cervicale ; 2° ligature du sinus transverse, le plus près possible du pressoir d'Hérophile, et par conséquent de la protubérance occipitale ; 3° attaque du foyer septique, comprenant : l'ablation des lésions osseuses mastoïdiennes et antrales, l'ouverture large de la loge sinusale, l'évacuation du pus périsinusal et des produits septiques intra-sinusaux, l'ouverture, par résection de la paroi antérieure osseuse du coude sinusal, du bulbe jugulaire infecté par les veines antrales ; enfin l'établissement du drainage sinusal jugulaire, propice aux lavages biquotidiens ultérieurs. Les temps « isolateurs » doivent toujours être pratiqués avant le temps « évacuateur », pour éviter la dispersion des embolies septiques que celui-ci pourrait détacher du caillot : deux séances opératoires, chez les sujets affaiblis, seront parfois nécessaires. Je n'ai pas besoin de dire que l'intervention, tant qu'elle s'est bornée aux ligatures veineuses, n'est que palliative ; elle ne peut avoir de prétentions curatrices que du jour où a été faite l'ablation totale des lésions septiques : lésions de l'antre, de la mastoïde, de la loge sinusale et du sinus lui-même. Cette intervention, que je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer chirurgicalement, a été exécutée pour la première fois, l'an dernier, par M. Albin Lambotte (d'Anvers), grâce à lui, je puis vous présenter son opérée, dont la guérison remonte aujourd'hui à près d'un an.

Élection.

M. Fernet a été élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale, par 59 voix contre 6 à M. Rendu, 3 à M. Chauffard, 2 à M. Troisier et 2 bulletins blancs.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 5 février 1897. — Présidence de M. Debove.

Cirrhose pigmentaire diabétique.

M. Rendu expose un cas de cirrhose pigmentaire diabétique qu'il a observé avec M. de Massary. Ce malade mourut de tuberculose péritonéale. A l'autopsie, l'on a constaté une cirrhose biveineuse du foie et des dépôts de pigment ocre dans les cellules de la plupart des organes. Les fibres musculaires du cœur sont gorgées de ce pigment qui n'existe pas dans les autres fibres musculaires. M. Rendu pense que ce pigment se dépose dans les cellules des organes où la vie est très intense. Il montre les belles préparations microscopiques faites par M. de Massary où la réaction histochimique ferrugineuse permet de constater la présence du pigment ocre.

M. Brault fait un rapprochement entre ce genre de pigmentation et les pigmentations produites par les altérations du sang sous une influence infectieuse.

M. Jeanselme signale deux cas analogues à celui de M. Rendu qu'il a observés dont un chez M. Tennesson à l'hôpital Saint-Antoine. Il a constaté dans ces deux cas la présence de pigment ocre dans la région des tubuli contorti du rein, fait qui n'existe pas dans le cas de M. Rendu. Il a de plus rencontré le pigment à l'état de liberté dans les phagocytes et les cellules épithéliales. A son avis, la transformation pigmentaire se produirait dans les petits vaisseaux des parenchymes et les scléroses constatées dans les diabètes bronzées en seraient la conséquence.

M. Hayem n'est pas de l'avis de M. Jeanselme sur l'origine du pigment ocre, il ne croit pas à sa formation dans le sang, mais bien à sa production sur place sous l'influence d'un trouble nutritif des cellules.

M. Vidal établit une comparaison entre le malade observé par M. Jeanselme et une femme atteinte d'hémoglobinurie qu'il eut l'occasion d'étudier.

Cirrhose pigmentaire non diabétique

M. Letulle, dans une très longue communication, signale trois cas de cirrhose pigmentaire non diabétique, dont il a fait l'autopsie. Tous les organes, sauf l'œil et la glande pinéale, ont été examinés par lui ; tous étaient gorgés de pigments sauf la rate. M. Letulle fait remarquer que l'on observe trois genres de pigment : le pigment ocre, le pigment jaune brun et le pigment noir.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1897. — Présidence de M. Delens.

Tumeurs malignes du foie.

M. Michaux. — Dans les cas de tumeur maligne du foie, surtout chez les malades déjà épuisés, la laparotomie, même exploratrice, rapide, est par elle seule dangereuse. Que sera-ce si elle se prolonge pendant les tentatives d'ablation de tumeurs hépatiques ? Il croit que les expériences de MM. Auvray et Terrier pourront peut-être avoir quelque heureux résultat dans les cas de déchirure ou de plaie du foie, mais resteront sans effet dans les cas de tumeur maligne.

M. Ricard lit une observation où la ponction du foie fut suivie de mort par hémorrhagie.

M. Broca. — Dans un cas une ponction avec une aiguille de Dieulafoy fut suivie de mort, quatre heures après, par une hémorrhagie qui se fit dans le péritoine. Instruit par ce fait, je crus, dans une circonstance analogue, plus prudent de faire une laparotomie exploratrice, avant de faire la ponction du foie.

Chirurgie du poumon

M. Tuffier. — Depuis la discussion dernière, MM. Brun et Lejars ont eu l'occasion de réussir quatre fois le décollement pleuro-pulmonaire. Donc ce décollement est possible. Je rappellerai en outre les expériences faites sur les animaux et qui, peut-être chez l'homme, si on les appliquait, permettraient de remédier à la rétraction pulmonaire. Elles consistent à canuler le larynx, puis à augmenter la pression intrabronchique.

M. Boisseau du Rocher lit un mémoire sur le *traitement électrique des affections utérines*.

M. Berger présente une malade atteinte de *fistule branchiale*.

M. Ricard insiste sur le même sujet.

M. Bazy rappelle des faits analogues à celui que présente M. Berger.

M. Berger présente des photographies de Rœntgen ayant trait à des *luxations irréductibles du coude*.

M. Reclus. — *De l'utilité des ablations partielles des ostéo-sarcomes des membres.* — Présentation de malades. M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 février 1897. — Présidence de M. Josias.

Action de l'eucaine.

M. Vogt ne partage pas sur l'eucaine les idées de M. Pouchet. L'eucaïne, selon lui, est peu tonique et a la propriété de congestionner au lieu d'ischémier, avantage notable dans certaines interventions sur les tissus rétractiles ou mal irrigués. Il croit que l'eucaïne et la cocaine ont des indications différentes dans leur emploi.

Hyperchlorhydrie et hypersthénie.

M. Soupault admet l'existence d'une hypersthénie musculaire dans l'hyperchlorhydrie. Il expose que deux éléments musculaires sont en lutte dans l'estomac, les muscles du corps de l'organe et le sphincter pylorique. Dans l'hyperchlorhydrie il y a une lutte entre le muscle gastrique et le pylore contracturé, c'est à cette hypersthénie musculaire qu'est due la douleur décrite par Cruveilhier dans l'ulcère rond de l'estomac, mais que l'on constate dans l'hyperchlorhydrie. La plupart des symptômes de l'hyperchlorhydrie : pyrosis, éructations, etc., sont dus au spasme du pylore. La médication alcaline donne de bons résultats, mais la pathogénie exposée ci-dessus permet de baser le traitement sur deux indications : 1° la nécessité de ne pas exciter l'organe; 2° la possibilité de le calmer. Dans les cas graves, la diète avec lavements alimentaires durant cinq ou six jours, permet de remplir la première indication, puis ensuite on fait prendre aux malades de petites quantités de lait. On ne donne d'alimentation solide que lorsque les aliments liquides sont tolérés sans douleur. Dans les cas moins grave, le régime lacté ou un régime dont on bannit toutes les substances irritantes suffisent. Les repas seront peu nombreux et les aliments réduits en pulpe On réussira à calmer la douleur par des révulsifs au creux hypogastrique. Les alcalins à doses variables, selon les cas, sont indispensables, mais ce sont des palliatifs seulement. La morphine, l'eau chloroformée ou mentholée, etc., donnent parfois de bons résultats. Le lavage de l'estomac n'aura lieu que s'il y a stase gastrique. Les bromures en lavement seront utiles chez les nerveux. L'hydrothérapie tiède aide beaucoup à la cure de l'hypersthénie hyperchlorhydrique.

Accidents causés par l'antipyrine.

M. Duhourcau signale les accidents causés par une dose de 0 gr. 50 d'antipyrine chez une jeune Anglaise traitée à Cauterets pour une leucoplasie buccale. Du prurit, un exanthème rouge, une desquamation consécutive se manifestèrent. M. Duhoureau n'a rien constaté d'anormal dans les urines (ni sucre, ni albumine). Il accepta l'explication de Behraud qui croit à la formation de toxines d'élimination qui irritent la peau.

Traitement de la chloro-anémie.

M. Fernet fait la critique du rapport de M. Barbier sur ce sujet qu'il loue dans son ensemble. Il lui reproche d'avoir un peu trop confondu la chlorose et l'anémie. M. Fernet pense que le fer est nuisible à la plupart des anémies dont on doit rechercher la cause et la combattre. Il croit que les contre-indications du fer et des toniques sont nombreuses. Le fer n'est pas un spécifique de la chlorose, à son avis ; l'on doit donner progressivement un régime d'abord des plus simples, puis devenant, petit à petit, reconstituant. Il conclut en disant que le traitement de la chloro-anémie relève beaucoup de l'hygiène et peu des médicaments. J. N.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 4 février 1896. — Présidence de M. A. Lefèvre.

M. Zaborowski expose *l'origine de certaines coutumes des Hovas*. Il semble qu'ils aient emprunté l'usage de la circoncision aux indigènes de Madagascar et qu'ils ne l'aient pas importé des îles de la Sonde, d'où ils venaient. En effet, les habitants actuels de l'archipel indien, et notamment de l'île de Nias, pratiquent non pas la circoncision, mais une simple incison dorsale du prépuce. Au contraire, leurs idées sur les maladies et leur traitement se retrouvent dans leur pays d'origine. Ils distinguaient en l'homme une image, un principe de vie, et une âme. L'âme vient-elle à quitter le corps, l'individu ne meurt point mais est atteint de langueur jusqu'à ce qu'un sorcier ne la retrouve et ne la ramène. Les sorciers s'efforcent à retrouver l'âme en lui offrant un pot de miel, et au moment où elle s'approche, ils la couvrent d'un panier et la rapportent au malade. E. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du Jeudi 14 janvier 1897.

M. Maygrier. — *Insertion du placenta sur une tumeur utérine, probablement de nature fibromateuse.* — Cette femme s'était présentée pour accoucher à Lariboisière : elle venait d'avoir une hémorrhagie très abondante, qui l'avait profondément anémiée. Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, enfant mort. On traverse avec beaucoup de difficulté le placenta pour faire la version podalique ; il était en quelque sorte scléreux. La délivrance artificielle fut très difficile et le placenta extrait par lambeaux. La femme mourut dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva au niveau du segment inférieur une tumeur ramollie, paraissant être un fibrome et sur laquelle s'insérait le placenta.

M. Doléris doute que l'examen histologique permette de déterminer la nature de la tumeur, car la grossesse, dans ces cas, cause de telles modifications des tissus que les meilleurs histologistes hésitent à se prononcer.

M. Tissier présente un fœtus de *deux mois et demi, présentant au niveau de la région ischiatique une perforation donnant issue à une anse d'intestin* ; cette perforation est traumatique et les commémoratifs ont permis d'établir qu'il s'agissait d'un avortement, provoqué à l'aide d'une aiguille à tricoter.

M. Tissier. — *Rupture sous-péritonéale de l'utérus* produite au cours de l'accouchement, l'enfant se présentant par l'épaule. A l'autopsie on trouva une déchirure partant du col et dans le ligament large un épanchement sanguin très abondant, remontant jusqu'au rein.

M. Porak fait remarquer combien, dans quelques cas, très rares, ces ruptures sont bénignes. Il cite deux observations où les malades ont guéri en leur faisant un tamponnement soigné de l'utérus avec de la gaze iodoformée. Il ne faut pas faire d'injections dans ces cas. Le diagnostic de la rupture est quelquefois difficile.

M. Tissier. — *Rupture utérine avec kystes hydatiques disséminés dans la cavité pelvienne* — Dis-huit ans avant, cette malade avait été soignée pour un kyste hydatique du foie. Au cours du travail il se produisit une rupture utérine et à l'autopsie on put constater de nombreux kystes hydatiques dissé-

minés autour de l'utérus dans les ligaments larges, l'épiploon et la cavité abdominale.

M. Paul PETIT. — *Traitement du prolapsus génital chez la femme.* — L'auteur est toujours resté fidèle au rétablissement du jeu des deux valves vagino-périnéales, comme opération fondamentale, et au raccourcissement des ligaments ronds comme opération complémentaire. Il réserve cette dernière opération au cas de prolapsus avec rétroversion accentuée. Dans la majorité des cas, les opérations sur l'appareil de soutènement suffisent à la guérison du prolapsus. L'hystéropexie offre de multiples inconvénients ou dangers et peut toujours être remplacée par l'opération d'Alquié-Alexander. L'hystérectomie n'est admissible que dans les cas de prolapsus irréductible ou de complications telles que fibrome et cancer.

M. PICHEVIN reproche à l'opération d'Alexander de ne pas permettre de constater l'état des annexes; il lui préfère le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.

M. DOLÉRIS est le partisan convaincu de l'opération d'Alexander; c'est une opération physiologique et à l'heure actuelle il a des opérées de 12 ans qui sont restées en parfait état.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VI. — **Le traitement du paludisme** : par LAVERAN (*Traité de médecine et de thérapeutique* de P. BROUARDEL, A. GILBERT et J. GIRODE, Tome III). — J.-B. Baillère et fils, édit., 1897.

VI. — Après un exposé détaillé de la pathogénie, de l'étiologie, de la clinique des affections paludéennes, où l'auteur fait une véritable histoire naturelle de l'hématozoaire, qu'il a reconnu être cause de cette redoutable maladie, M. Laveran entreprend l'étude du traitement du paludisme. Il aborde de suite la médication quinique et fait un résumé de la pharmacologie et de l'action du précieux spécifique des fièvres, la quinine.

L'action de la quinine sur l'hématozoaire est directe et facile à constater, elle le tue comme un parasiticide.

La quinine néanmoins n'est pas un médicament inoffensif. Elle est toxique; à 10 ou 12 gr., le sulfate de quinine peut déterminer la mort en hyposthénisant le cœur et le système nerveux. Comme tous les sels de quinine ne contiennent pas la même dose pour 100 de l'alcaloïde, il est bon d'être fixé, et M. Laveran donne à ce sujet le tableau suivant :

Sels de quinine classés d'après leur teneur en alcaloïde.

			quinine
100 parties de	chlorhydrate basique	contiennent :	81,71
—	chlorhydrate neutre	—	81,61
—	lactate basique	—	78,26
—	bromhydrate basique	—	76,60
—	sulfate basique	—	74,31
—	sulfovinate basique	—	72,16
—	lactate neutre	—	62,30
—	bromhydrate neutre	—	60,67
—	sulfate neutre	—	59,12
—	sulfovinate neutre	—	56,25

L'ordre de solubilité est aussi à considérer dans l'emploi de ces sels; il est le suivant :

Chlorhydrate neutre de quinine,
Sulfovinate neutre de quinine,
Lactate neutre de quinine,
Sulfovinate basique de quinine,
Bromhydrate neutre de quinine,
Sulfate neutre de quinine,
Lactate basique de quinine,
Chlorhydrate basique de quinine,
Bromhydrate basique de quinine,
Sulfate basique de quinine,

Un sel double, le chlorhydro-sulfate, analogue par sa teneur en quinine au sulfate neutre, a été découvert par M. Grimaux. Ce sel très soluble doit être préféré dans l'administration hypodermique.

M. Laveran pour l'administration de la quinine préfère, toutes les fois qu'elle est possible, l'administration en solution. Les pilules durcissent et ne se dissolvent pas; les cachets sont peu transportables. Les lavements, utiles chez les enfants, sont rejetés en partie par les grandes personnes malgré l'addition de teinture d'opium. La méthode endermique est douloureuse.

La méthode hypodermique donne de bons et prompts résultats, l'auteur recommande la formule de MM. de Beurmann et Villejean.

Bichlorhydrate de quinine . 5 grammes.
Eau distillée . . . . . . Q. S. pour 10 cc.

1 cc. de la solution représente 0 gr. 50 de sel.

Les injections intraveineuses ne sont pas sans offrir de danger, bien que Baccelli les ait employées avec succès.

Le type de la fièvre, d'après Laveran, ne doit guère modifier la formule du traitement qui doit être la suivante pour un adulte :

Durant trois jours, 80 centigr. à 1 gr. de chlorhydrate de quinine. Les 4e, 5e, 6e et 7e jours suivants, pas de quinine.

Les 8e, 9e, 10e jours, 60 à 80 centigr. de chlorhydrate de quinine. Du 11e au 14e jour, pas de quinine. Les 15e et 16e jours, 60 à 80 centigr. Du 17e au 20e jour, pas de quinine. Les 21e et 22e jours, 60 à 80 centigr. de chlorhydrate.

Telle est la formule ordinaire qui, bien entendu, peut être et doit être modifiée dans certains cas.

Chez les enfants on donnera par jour et en plusieurs doses, le même sel dans les proportions suivantes :

Enfants de	4 ans et au-dessus.	30 à 40 centigr.
—	2 à 4 ans	20 à 30 —
—	1 à 2 ans	10 à 20 —
—	au-dessous d'un an .	5 à 10 —

(J. Simon).

Dans les accès graves il ne faudra pas hésiter à faire aux enfants des injections hypodermiques.

La quinine est mieux supportée en dehors des accès et peut les faire avorter, mais il n'est pas nécessaire d'attendre que la fièvre soit tombée et dans les fièvres continues, Maillot a bien démontré sa grande utilité. Dans les cas très graves, on injectera en deux fois 1 gr. 50 à 2 grammes de chlorhydrate en 24 heures. Puis lorsque la fièvre aura cédé, on suivra la formule déjà donnée.

Dans les *accès pernicieux*, on aura aussi recours aux injections hypodermiques. Dans les *fièvres algides*, les frictions, les stimulants diffusibles, les injections d'éther rendront de grands services comme adjuvants de la quinine. Les révulsifs, les applications froides, les purgatifs drastiques seront utiles dans les *accès comateux*. L'hydrate de chloral sera prescrit chez les *délirants* et les *alcooliques*. En cas de *vomissements* : champagne, boissons gazeuses, injections de morphine au creux de l'estomac; s'il y a *diarrhée*, l'opium et le sous-nitrate de bismuth. Dans les *fièvres bilieuses*, l'ipéca, le calomel, seront administrés mais après la quinine.

Tous les toniques diminuant les causes débilitantes qui entravent la guérison des paludéens, seront utiles.

L'arsenic, le fer, la noix vomique, rendent de grands services. Boudin a prétendu à tort que l'arsenic pouvait isolément produire les mêmes effets que la médication quinique.

L'hydrothérapie sera conseillée, mais on débutera par des douches tièdes et courtes et l'on ne douchera pas dès le début la région de la rate. Il arrive, en effet, que la douche froide et sur la région de la rate détermine des accès nouveaux. Le changement de climat pour les fièvres des pays chauds agissent comme un puissant tonique.

Lorsqu'il y a *hypersplénie*, on pourra combiner à la médication quinique, l'usage des révulsifs, même de la douche froide locale, les injections intraspléniques de 1 c.c. de liqueur de Fowler au dixième ou d'une solution phéniquée au deux centième. L'électrothérapie (Botkin), les injections d'eau stérilisée (Nurri), les injections d'ergotine (?) ont été tentées. La splénotomie qui a été pratiquée doit être contre-indiquée.

De nombreux *succédanés de la quinine* ont été préconisés : la cinchonine, la cinchonidine, l'acide arsénieux, l'iode, la strychnine et la noix vomique, l'alun, l'eucalyptus, le bleu de méthylène, etc. Mais aucun de ces médicaments ne peut remplacer la quinine. Les reproches qu'on fait à ce médicament sont injustifiés, un seul est rationnel, c'est qu'il coûte assez cher.

Prophylaxie. — Pour éviter le paludisme l'on devra ne pas habiter autant que possible les bas-fonds et les endroits marécageux, boire de l'eau filtrée ou bouillie, de préférence des

infusions de café ou de thé. L'administration préventive de la quinine à la dose de 10 à 20 centigr. par jour donne d'excellents résultats.

L'on a conseillé le port de masques ou de respirateurs spéciaux, mais ces appareils ne peuvent être appliqués que dans des cas exceptionnels.

La prophylaxie générale du paludisme se fait par l'assainissement et la culture. C'est par ces procédés que les fièvres paludéennes ont à peu près complètement disparu en France. Les plantations d'eucalyptus, globulus et rostrata (Ramel) donnent les meilleurs résultats en Corse, en Algérie et en Italie.

Nous avons choisi l'article de M. Laveran pour rendre compte du troisième volume du traité de médecine et de thérapeutique parce que le développement donné au traitement de l'impaludisme par un savant aussi compétent en pareille matière offrait un intérêt tout particulier et donnait la meilleure idée de ce volume qui comprend l'étude des maladies parasitaires, des intoxications, des affections constitutionnelles et des maladies de la peau dues à la plume de MM. Girode, Lancereaux, Brouardel, Deschamps, Laveran, Letulle, Wurtz, Richardière, A. Gombault, J. Teissier, Roque, Marfan, Hanot, De Gennes; Jacquet, Gaucher, Barbe et Lion. Citer le nom des auteurs, c'est faire l'éloge de l'ouvrage. J. Noir.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

M. le Pr V. HUTINEL

M. V. Hutinel, que la Faculté de Médecine vient de désigner comme professeur de pathologie interne, est né à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or), le 15 avril 1849. Ses études médicales furent brillantes dès le début. Externe des hôpitaux, il obtint le deuxième prix de l'externat en 1872. Durant son internat, on lui décerna le premier prix de la deuxième division (médaille d'argent) en 1874 et il conquit la médaille d'or en 1876. M. Hutinel fut reçu docteur 1877 avec une thèse intitulée : *Contribution à l'étude de la circulation veineuse chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né.* Ce mémoire fait avec les matériaux recueillis dans le service de Parrot contribua beaucoup au succès de M. Hutinel au concours de la médaille d'or de l'Internat, et la Faculté de Médecine lui décerna un prix (médaille de bronze). La conclusion la plus importante de ce travail est la suivante : C'est à l'altération du sang que sont dues les lésions des veines et tous les désordres qu'elles occasionnent. — Chef de clinique adjoint en 1878, M. Hutinel fut médecin des hôpitaux en 1879 et agrégé de la Faculté en 1883. Sa thèse d'agrégation : *Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde* est plus particulièrement clinique, car à cette époque la découverte du bacille d'Eberth n'était pas confirmée; néanmoins M. Hutinel y émet des hypothèses que l'anatomie pathologique ne devait pas tarder à démontrer. « Il est possible, dit-il, par exemple, dans cet important travail, que la stagnation des microbes le long des parois veineuses, dans les points où la circulation se fait le plus difficilement, détermine la formation d'un dépôt fibrineux d'une part et d'autre part provoque l'inflammation de la paroi veineuse. » Elève de Roger, Parrot, Peter, Vulpian, G. Sée, M. Hutinel se livra à la fois aux études cliniques et anatomiqnes; ses principaux travaux, outre les deux thèses que nous venons de citer, sont les suivants :

Des basses températures centrales (Thèse pour le concours d'agrégation, 1880); Etude sur la pneumonie disséquante (en collaboration avec L. Proust; Archives de médecine, novembre 1882). Etude sur quelques cas de cirrhose avec stéatose du foie (Société clinique, 10 mars 1881). Article Phtisie du Dictionnaire encyclopédique, en collaboration avec le Pr Grancher; Cirrhoses cardiaques et cirrhoses tuberculeuses chez l'enfant (Revues des maladies de l'enfance, 1893). Etude sur les lésions syphilitiques du foie chez le fœtus et les nouveau-nés (Archives de médecine expérimentale, 1890). Etude sur les lésions syphilitiques du testicule chez les jeunes gens (Revue de médecine et de chirurgie, 1878). A propos du méningisme (Société médicale des hôpitaux, janv. 1896), Tuberculose héréditaire et tuberculose du premier âge (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1892). Notes sur quelques érythèmes infectieux (Arch. génér. de médecine, sept. et oct. 1892), etc., etc.

Nous ne saurions énumérer ici les très nombreux travaux présentés par M. Hutinel à diverses sociétés ou publiés dans divers journaux, ni citer le grand nombre de mémoires et de thèses qu'il inspira : la liste en serait trop longue; mais là ne se borne pas ses mérites. Un des principaux titres de M. le Pr Hutinel est les résultats qu'il obtint à l'Hospice des Enfants-Assistés par les mesures prophylactiques qu'il fit prendre contre les maladies contagieuses et les infections de 1891 à 1896. Tandis qu'en 1887 et 1888 la mortalité était de 5,92 et 5,78 pour 100 dans la population de cet hospice, elle s'abaissait progressivement sous l'influence des efforts de M. Hutinel à 3,32 en 1893, à 3,04 en 1894, à 2,89 en 1895 et à 2,45 en 1896. Ici, plus que nulle part, les chiffres ont une éloquence, qui se passe de commentaires.

Comme professeur, durant deux années scolaires (1886-87 et 1888-89), M. Hutinel fit, à la Faculté, le cours complémentaire de pathologie interne, et, de 1889 à 1892, il suppléa M. le Pr Grancher au cours de Clinique des Maladies infantiles à l'Hôpital des Enfants-Malades. Ces longues périodes d'enseignement ont permis à M. Hutinel de faire valoir ses brillantes qualités de professeur; il ne lui manquait que l'investiture et tout le monde applaudira aujourd'hui au choix de la Faculté.

THÉRAPEUTIQUE

La suralimentation.

L'introduction des poudres de viande dans le traitement d'un grand nombre de maladies constitue un progrès considérable pour la thérapeutique. Grâce à ces nouveaux produits il est possible de relever rapidement l'état général des malades en fournissant à l'organisme les premiers éléments d'une restauration des fonctions digestives. Ils ont permis d'abandonner définitivement l'alimentation forcée.

Les poudres de viande, dit M. Debove, n'ont pas seulement sur la viande crue l'avantage de passer plus facilement par le tube en cas d'alimentation artificielle et de moins rebuter le malade lorsque l'alimentation est faite par déglutition : elles sont aussi plus vite et plus complètement digérées. Une des conditions importantes de la digestibilité des aliments, est, en effet, leur grande division : l'état impalpable des poudres de viande multiplie leur surface de contact avec les sucs digestifs et facilite leur peptonisation qui est beaucoup plus rapide que celle de la viande crue; de plus ces poudres fournissent sous un très petit volume un aliment très riche en azote.

Ce sont ces avantages qui nous ont fait depuis longtemps adopter la poudre de viande dans nombre de circonstances où il est urgent de relever l'état général et de ménager le travail des organes digestifs, et leur emploi est des plus utiles dans la plupart des maladies chroniques, dans la convalescence. et surtout dans les maladies où la suralimentation est indiquée.

La plus recommandée est la Poudre de Viande de Trouette-Perret dont la grande faveur est due aux soins particuliers avec laquelle elle est préparée. Sans aucune odeur, d'une saveur agréable, elle est bien tolérée, d'une assimilation facile, et d'une valeur alimentaire incomparable, elle représente cinq fois son poids de viande crue.

Cette Poudre de Viande de Trouette-Perret est diastasée, ce qui non seulement en facilite la digestion, mais encore excite et prepare, pour ainsi dire, la bonne digestion du repas suivant. Si, par exemple, on en prend à huit heures du matin ou à quatre heures de l'après-midi une, deux ou trois cuillerées à soupe, on pourrait craindre le manque d'appétit pour le repas ordinaire de midi ou du soir. Il n'en est rien, et bien au contraire l'appétit redouble à ces repas qui sont en outre mieux digérés; la diastase aurait, par la digestion parfaite de la poudre de viande, activé

l'énergie des organes digestifs et par suite excité et préparé la bonne digestion des repas suivants.

Les applications des poudres de viande en thérapeutique sont très nombreuses. Est-il nécessaire de rappeler le parti que Debove a tiré de ce médicament-aliment dans la tuberculose? Il est aujourd'hui admis par tous les praticiens que le moyen le plus sûr de guérir les tuberculoses est la suralimentation par la Poudre de Viande de Trouette-Perret; on la fait prendre dans du chocolat, dans des grogs et de cent autres manières. Sous l'influence de cette suralimentation on voit rapidement disparaître l'anorexie; la nutrition se faisant mieux, toutes les fonctions auparavant languissantes se relèvent et on assiste pour ainsi dire à une résurrection complète des malades. En même temps que renaît l'appétit, les sueurs cessent, le sommeil devient possible et réparateur, l'amaigrissement fait place à un embonpoint marqué : ces modifications dans l'état physique agissent sur le moral du malade, et on arrive peu à peu à si bien modifier le terrain de culture du bacille tuberculeux que la guérison ne devient plus qu'une question de persévérance dans toutes les mesures hygiéniques prescrites en pareille circonstance.

Dans la plupart des autres cas où l'usage de la poudre de viande est indiqué, on fera prendre la Poudre de Viande de Trouette-Perret soit dans un bol de lait ou de bouillon, soit dans un sirop de punch ou dans un grog, soit dans du thé, du chocolat, du potage au tapioca et même dans de l'eau pure ou sucrée.

C'est ainsi qu'on l'administrera dans les cas de dyspepsie, d'ulcères de l'estomac, d'entérites, dans les convalescences en général, dans l'anémie, la chloro-anémie, etc. Dans la croissance des enfants, la poudre de viande interviendra toujours avec profit, en livrant à l'organisme sous une forme très facilement assimilable un aliment complet, riche en matières protéiques, en matières hydro-carbonées et en phosphates. D[r] E. Lasniée.

VARIA

La Loi sur la Santé publique au Sénat.

M. Cornil, rapporteur, a exposé dans l'une des dernières séances du Sénat qu'il n'existe pas de loi générale pour défendre la santé publique. Le projet actuel vient remplir cette lacune et est à la hauteur des progrès scientifiques. C'est un Code de l'hygiène publique, comme il en existe dans la plupart des grands États européens. Le but est d'assurer à tous les conditions nécessaires et suffisantes pour que la santé publique ne soit pas atteinte, pour que le nombre des malades soit diminué ainsi que la mortalité. Les mesures que l'on propose auront leur effet si les municipalités font leur devoir et si l'administration centrale exerce de son côté un vigilant contrôle. Les progrès de la science ont prouvé qu'il était possible d'isoler d'abord et d'éteindre ensuite les foyers d'épidémie par la désinfection que nous rendons obligatoire. A Paris, ce service fonctionne complètement depuis dix ans et donne des résultats très satisfaisants, quoiqu'il ne soit pas encore obligatoire et ne s'adresse qu'à la bonne volonté des citoyens. Aussi la mortalité due aux maladies épidémiques a-t-elle diminué considérablement dans cette ville. La mortalité était de 5.000 en moyenne pour la période de 1872 à 1885, elle est tombée à 2.850 pour la période de 1891 à 1896, et, pour cette dernière année, elle n'est plus que de 1.700 environ, c'est-à-dire du tiers de ce qu'elle était il y a vingt ans. La vaccination contre la variole, celle contre la diphtérie ont contribué à cette heureuse diminution. En rendant obligatoires les mesures que l'on propose, on assurera l'efficacité des efforts si méritoires de certaines municipalités. Sans cette obligation, la loi serait absolument inutile. Si la mortalité à Paris a diminué, et est actuellement de 20 0/00, c'est là une moyenne, et elle est plus élevée dans les arrondissements pauvres où les précautions de l'hygiène sont moins bien observées. On constate, d'ailleurs, dans tous les États de l'Europe, que la mortalité est en raison inverse des précautions hygiéniques qui y sont prises. En Angleterre, l'application des mesures de ce genre a diminué considérablement le nombre proportionnel des décès et a économisé à ce pays, pendant une certaine période, un million d'habitants environ. L'adoption de la loi qui est proposée est d'intérêt national. On le comprendra si l'on remarque que la mortalité dans l'armée par la fièvre typhoïde a diminué de 1.200 hommes par an depuis que le Ministre de la Guerre a assuré la distribution d'eau potable à tous les soldats. M. Cornil croit avoir démontré l'utilité d'une loi sur la protection de la santé publique et sa tâche serait accomplie s'il avait pu faire passer sa conviction dans tous les esprits.

Après quelques observations de M. Lefèvre sur les intérêts de la banlieue parisienne, on est passé à la discussion des articles. Les deux premiers chapitres (articles 1 à 8 de la loi ont été adoptés. Ils déterminent les mesures sanitaires générales et les mesures sanitaires relatives aux maladies épidémiques. On a abordé le chapitre 3 (Mesures sanitaires aux immeubles). L'article 9, par lequel dans les grandes agglomérations, aucune habitation ne peut être construite ou modifiée sans un permis du maire, a été renvoyée à la commission. M. Cordelet a présenté quelques observations sur le chapitre 3, qui traite des *mesures sanitaires relatives aux immeubles*. Il a dit que les mesures proposées au Sénat ne sont pas nouvelles, car il existe depuis 1850 une loi sur les logements insalubres. Mais il était nécessaire de reviser cette loi, en raison de ses lacunes et de ses imperfections. C'est à quoi s'est employée la commission du Sénat. La loi qu'elle propose est une *loi sociale*, dans le bon sens du mot, et le Sénat se fera honneur en la votant. M. Volland a trouvé que la loi nouvelle est plus compliquée, plus difficile à appliquer que la loi de 1850. Elle met la propriété particulière aux pieds des hygiénistes, elle sacrifie à l'excès les principes de notre droit civil. Après une réplique de M. Cordelet, M. de Carné a demandé l'ajournement de la suite de la discussion. — L'ajournement a été prononcé. (*A suivre*).

La Peste bubonique.

La Peste aux Indes. — On mande de Calcutta que le conseil du vice-roi, réuni en session législative, a voté le bill relatif aux mesures à prendre pour empêcher la propagation des maladies épidémiques contagieuses. Le bill permet aux autorités maritimes d'imposer des quarantaines aux navires suspects et ordonne que les personnes voyageant par chemin de fer seront soumises à une inspection médicale dans toutes les gares de l'empire qui se trouvent dans des conditions favorables à cette inspection. Des camps sanitaires seront en outre installés, on y retiendra pendant un certain temps les personnes dont le cas sera douteux.

Voici la dernière statistique de la peste bubonique pour la seule ville de Bombay : total des cas constatés : 5.098. Décès : 3.481, mortalité générale pour la semaine : 1.645. L'épidémie, qui s'est propagée rapidement à travers la présidence, et dont on a constaté la présence au Bélouchistan, paraît avoir atteint Delhi. A Cawnpore, un voyageur indigène arrivé de Bombay a été saisi de la terrible maladie, au moment où il gagnait son domicile en voiture.

La Peste en Egypte. — D'Alexandrie, on câble que l'interdiction de débarquement en Egypte pour les provenances des ports pestiférés s'étend aux articles suivants : drilles, chiffons, tapis, broderies, linges, hardes, vêtements, literie en usage et non transportée comme bagages, cuirs verts, peaux fraîches, débris frais d'animaux comprenant les crins, les laines brutes, les onglons, les sabots, les sacs, les plantes vertes, les tubercules, les racines et les fruits.

Signalons aussi que le Gouvernement turc a alloué une somme de 80.000 piastres pour la mise en application des mesures hygiéniques décrétées pour la Mecque. L'office sanitaire de Djeddah a reçu par télégramme ordre de faire parvenir cette somme à la direction sanitaire de la ville sainte.

La Peste en Angleterre. — Le premier lord de la trésorerie dans le présent ministère Salisbury, a informé la Chambre des communes que le gouvernement de la reine était en communication avec le gouvernement vice-royal des Indes au sujet de la désinfection des lainages provenant des Indes. Il a ajouté que toutes les mesures de précaution contre la peste bubonique avaient été prises de façon à n'apporter aucune entrave au commerce.

La Peste en France. — L'*Agence Havas* communique la note suivante : « Un journal du soir annonce qu'un cas de peste se serait produit au Frioul. Nous sommes autorisés à déclarer que cette nouvelle est absolument inexacte. »

La Peste devant le Comité d'Hygiène de France. — A la dernière séance du Comité consultatif d'Hygiène, M. Proust, inspecteur général du service sanitaire, a donné les renseignements suivants sur la peste : le dernier rapport officiel accuse

à Bombay 4.396 cas de peste et 3.275 morts, à Kurachee 694 cas et 614 décès; à Poona 65 cas et 60 décès. Quelques cas ont été signalés à Surate, Baroda, Ahmadat, Kattywar et Cutch.

La Lutte contre la Peste en France.— Le Conseil des Ministres s'est occupé de la situation sanitaire, à propos de l'arrivée à Marseille de paquebots venant des Indes. M Barthou, ministre de l'intérieur, a fait approuver par le conseil les mesures de précaution dont il avait fait prévoir l'application à une séance du Sénat. Il a fait signer un décret qui a été publié au *Journal officiel*, et qui interdit d'une manière absolue le débarquement dans un port français quelconque le débarquement dans un port français quelconque des marchandises apportées par des bâtiments venant des localités de l'Inde contaminées par la peste. En ce qui concerne les passagers amenés par ces navires, un décret spécial va être rendu, après avis du conseil supérieur d'hygiène, qui est spécialement convoqué à cet effet. Ce décret déterminera les conditions de quarantaine à imposer aux passagers. En attendant, aucun débarquement n'a été autorisé à Marseille. Nous pouvons ajouter que, contrairement aux bruits répandus par certains journaux étrangers, la situation de Marseille au point de vue sanitaire est indemne. Aucun cas de peste n'a été constaté.

Le *Journal officiel* a publié le décret suivant :

Le Président de la République française. Sur le rapport des Ministres de l'Intérieur et des finances. Vu la loi du 3 mars 1822; Vu le décret du 19 janvier 1897 portant interdiction d'importation ou de transit en France et en Algérie d'objets ou de marchandises en provenance des ports indiens contaminés de peste. Vu l'article premier du décret du 27 janvier 1897 limitant le nombre des ports ouverts aux provenances des pays contaminés de peste. Vu la délibération du comité de direction des services de l'hygiène, en date du 6 février 1897. Décrète :

Article premier. — Les dispositions du décret du 19 janvier. susvisé, sont étendues, dans les ports de la Méditerranée, à toutes les marchandises provenant directement ou indirectement de Bombay, de Kuratchi et des autres ports contaminés de peste. Dans les ports de l'Océan et de la Manche, les marchandises non prohibées par le décret susvisé ne seront admises qu'après désinfection.

Art. 2. — Les passagers provenant de ports reconnus contaminés de peste ne pourront entrer en France que par les ports de Pauillac. Saint-Nazaire, le Havre et Dunkerque Ils ne seront admis à débarquer qu'après qu'ils auront subi une observation fixée à huit jours pour Pauillac et Saint-Nazaire, à quatre jours pour le Havre et Dunkerque, et que leurs bagages auront été désinfectés

Art. 3. — Est rapporté l'article premier du décret du 27 janvier 1897.

Art. 4. — Le Ministre de l'Intérieur et le Ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des Lois* et publié au *Journal officiel.*

Le Conseil sanitaire de Marseille, réuni en séance extraordinaire, a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant présenté par le Dr Flaissières

Considérant que l'éventualité de l'invasion de la peste commande des mesures sanitaires exceptionnelles, le conseil sanitaire décide que les marchandises, de quelque nature qu'elles soient, contenues à bord des navires *Persia*, *Branksomehall* et *Caledonia* ne seront point débarquées, ni dans les ports de Marseille, ni dans le port du Frioul. Les navires *Persia*, *Branksomehall* et *Caledonia* sont invités à s'éloigner de la rade de Marseille. Les passagers ou hommes de l'équipage qui sont à destination de Marseille ne seront admis en libre pratique qu'après la quarantaine éclairée la plus rigoureuse. A dater de ce jour, tous les navires venant de Bombay ou d'un pays pestiféré subiront le traitement imposé aux navires susmentionnés.

D'autre part, les représentants de la ville de Marseille au Conseil général, convoqués par M. Estier, ont voté un ordre du jour. demandant l'interdiction absolue du port de Marseille aux navires et marchandises provenant de lieux contaminés ou y ayant touché. Enfin, les membres de la Société pour la défense du commerce, se sont réunis et ont adopté l'ordre du jour suivant :

La chambre syndicale approuve d'avance toutes les mesures, quelques sévères qu'elles soient, qui seront prises après avis des autorités de l'hygiène et les réclame même énergiquement et d'urgence. Mais, considérant que des mesures contraires au décret du 19 janvier 1897, léseraient des intérêts pécuniaires considérables et à divers titres; considérant également les conséquences déplorables d'un arrêt subit de certaines branches de notre activité industrielle et commerciale; délibère : 1° qu'il y a lieu de prier le gouvernement d'admettre le principe d'une indemnité aux importateurs et industriels victimes de décisions contraires aux prescriptions antérieures; 2° qu'il y a lieu de demander également l'adjonction à la commission d'hygiène spéciale réclamée à Paris, par M. le Préfet des Bouches-du-Rhône, d'une représentation du commerce intéressé et de la population ouvrière lésée.

Conférence de Venise. — La conférence sanitaire de Venise est ajournée au 16 février 1897.

Le microbe de la peste. — Il est trés peu résistant, le microbe pesteux, assure M. Roux. Tous les antiseptiques en ont facilement raison ; à soixante degrés il meurt ; seulement il se conserve dans le sol et l'on ne peut songer à désinfecter la terre : c'est pourquoi, dans les pays d'Orient, les épidémies, favorisées par les agglomérations, une hygiène défectueuse, se perpétuent sans atténuation. Mais en Europe, si la peste, traversant les cordons sanitaires, parvient à pénétrer, elle ne saurait s'étendre et sévir comme en Asie. Le meilleur remède préventif, c'est la propreté. Il ne faut pas s'effrayer.

Faculté de médecine de Paris.

Prix de la Faculté (Année 1895-1896).

1° *Legs Trémond.* — Ce legs de la valeur de 1.000 francs a été partagé entre deux étudiants méritants et remplissant les conditions du legs

2° *Prix Barbier.* — 2.000 francs. Sept appareils ont été présentés, la Faculté n'a pas décerné le prix, mais a attribué les encouragements suivants : 1° 800 francs à Mme Gaches-Sarraute pour son corset hygiénique ; 2° 400 francs à M. le Dr Marage pour son serre-nœud galvano-caustique ; 3° 400 francs à M. Philadelphien pour son sphygmométrographe; 4° 400 francs à M. Terdin pour son dynamomètre et dynamométrographe.

3° *Prix Chateauvillard.* — 2.000 francs. A M. le Dr Chipault pour son ouvrage intitulé : Chirurgie opératoire du système nerveux. Mentions honorables : 1° à M. Péron, pour son ouvrage intitulé : « Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre »; 2° A M. Sergent, pour son mémoire intitulé : « Tubercules et cavernes biliaires. »

Prix Monthyon. — 700 francs. Aucun candidat ne s'est présenté.

Prix Jeunesse (hygiène). — 1.500 francs. La Faculté n'a pas décerné le prix, mais a attribué les récompenses suivantes : 1° 1.000 francs à M. Bodin, pour son ouvrage : « Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines »; 2° 500 fr. à MM. Burot et Legrand, pour leur ouvrage intitulé : « Maladies des marins et épidémies nautiques, moyens de les prévenir et de les combattre »; 3° Mention honorable à MM. Delobel et Cozette, pour leur travail : « Contribution à l'étude des accidents septicémiques dus à la vaccination. Etude générale de la vaccination »; 4° à M. Barré, pour son travail : « Du problème de l'alimentation du soldat en campagne ».

Prix Béhier. — 1.800 francs. — Le sujet proposé pour le concours était : Des troubles digestifs chez les cardiaques ». Le prix a été décerné à MM. Blind et Babon.

Prix Lacaze. — 10.000 francs. — Le prix a été décerné à M. Nocard, professeur à l'Ecole d'Alfort, pour ses travaux sur la tuberculose.

Prix Saintour. — 3.000 francs. — Le sujet proposé était : « De l'urémie chez les phtisiques ». Le prix a été partagé entre M. Claude, interne, et Teissier, chef de clinique médicale à la Faculté.

Thèses récompensées. — Médailles d'argent : MM. Ancelet, Auvray, Chrétien, Dufour, Launay, Longuet, Mirallié, Schwaab, Sée, Sergent. — Médailles de bronze : MM. Arthus, Bolognesi, Bouglé, Boulai, Brunswic, Choppin, Delanglande, Giresse, Guiart, Koutnik, Lalande, Lévi, Mangin-Bocquet, Martin, de Massary, Meslay, Michel, Mignot, Ostrovsky, Ch. Pupin, Ricapet. — Mentions honorables : MM Alardo, Berg, Bobier, Bodin, Chavin, Chambrin, Cerf, Dauriac, Finet, Folles, Houzé, Jeannulatos, Jorand, Mlle Joteyko, G. Lefèvre, Leray, Levassort, Lucas, Mitour, Péron, Picou, Rangtaret, Riffé, Thévenard, Touillon.

Service médical de nuit.

Le Préfet de police vient de réorganiser, à partir du 15 février, le fonctionnement du service médical de nuit à Paris, dans les conditions réglées par la cinquième commission du Conseil municipal. La principale disposition de cette réglementation porte que désormais une somme fixe, calculée d'après la moyenne des appels, constatés dans le quartier, pendant les trois dernières années, au taux de dix francs la visite, est allouée annuellement à chaque quartier de Paris, et que cette somme sera répartie, par trimestre, entre les médecins en exercice dans le quartier, au prorata du nombre des visites qui auront été effectuées par chacun d'eux.

Les docteurs en médecine, pourvus d'un diplôme d'une Faculté française, et les officiers de santé qui ont déjà participé à ce service, sont avisés qu'ils peuvent comme les années précédentes, adresser leur offre de concours à la préfecture de police pour leur inscription au nombre des médecins de nuit du quartier qu'ils habitent.

Association de la Presse médicale française.

Réunion du 5 février 1897.

Le 5 février 1897 a eu lieu le trente-cinquième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. Vingt trois personnes y assistaient.

M. le Pr Terrier a été nommé pour remplacer M. Nicaise, décédé (*Revue de Chirurgie*). M. Rousselet remplace, comme directeur de l'*Assistance publique*, M. Butte, démissionnaire. M. le Dr Huchard est nommé membre titulaire (*Journal des Praticiens*).

Sont nommés rapporteurs des candidatures de MM. Crouzat (*Revue obstétricale internationale*) et Verneau (l'*Anthropologie*), MM. Olivier et Rousselet.

Le secrétaire général, après lecture de la correspondance, a communiqué à la réunion le résultat de ses démarches en ce qui concerne le Congrès de Moscou. Il a rappelé que des circulaires adressées antérieurement aux journaux associés ont fait connaître aux intéressés tous les renseignements fournis par le Comité russe.

Comité national français du XIIe Congrès international de Moscou (19-26 Août 1896).

Les Compagnies des Chemins de fer du Nord, de l'Ouest, de Paris-Lyon-Méditerranée, de l'Est, d'Orléans et du Midi et la Compagnie générale Transatlantique viennent d'accorder une réduction de 50 0/0 pour les médecins se rendant au Congrès de Moscou.

Toutefois, pour la ligne de New-York, la Compagnie Transatlantique ne fait aucune réduction ; elle exige, pour ce trajet, le prix minimum prévu par les tarifs suivants la saison : [*Eté* : Tourraine, 112 l. st. (562 fr. 50) ; autres paquebots : 185 l. st. (525 fr.)]

La Compagnie des Messageries Maritimes n'a consenti à accorder qu'une réduction de *trente pour cent* (30 0/0) sur les prix nets de ses tarifs de passage (déduction faite de la nourriture).

Pour obtenir ces réductions, se faire inscrire sans retard aux bureaux du Comité français, 14, boulevard Saint-Germain, Paris, et adresser le montant de la cotisation, c'est-à-dire Vingt-cinq francs. M. B.

La Peste en Europe devant l'histoire.

M. le Pr Proust, membre de l'Académie de Médecine et inspecteur général des services sanitaires, a donné récemment lecture d'un mémoire intitulé : *La Défense de l'Europe contre la peste* à l'Académie des Inscriptions. La présence de ce fléau à Bombay, depuis septembre 1896, l'aggravation de l'épidémie et l'éventualité de son importation en Europe par le golfe Persique et par la mer Rouge ne justifient que trop, dit cet hygiéniste, les résolutions prises par la conférence internationale de Paris de 1894. Si la convention signée à Paris avait été ratifiée par les Etats participants, il est probable que le service sanitaire international que la conférence instituait fonctionnerait déjà et protégerait la Perse et l'Europe contre la peste de Bombay. Les événements qui se passent dans cette ville nous montrent qu'il faut accomplir rapidement ce qui a été trop longtemps différé et ratifier les résolutions votées à Paris en 1894. Il y aurait lieu également d'adopter la proposition qui a été faite de créer une Union sanitaire internationale contre la propagation des épidémies, union qui rendrait pour la protection de l'Europe contre la peste les mêmes services que pour la défense contre la fièvre jaune et le choléra. Cependant ces vœux que le péril actuel rend naturellement plus pressants ne peuvent avoir une réalisation immédiate. Il faut, en attendant, exercer une active surveillance sur les provenances de Bombay. L'application de notre règlement de police sanitaire maritime de 1896 offre toutes garanties pour la défense de notre territoire. L'administration a donné les instructions les plus précises et veille à leur exécution rigoureuse. M. Proust pense qu'il en sera de même dans les autres Etats. Ici chacun, dit-il, fait son devoir ; il y a lieu d'espérer que l'Europe sera à l'abri du fléau.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 15. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Ricard, Tuffier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié. (1re *série*) : MM. Terrier, Humbert, Lejars. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Delbet, Walther.

Mardi 16. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Pozzi, Quénu. — (2e *partie*) : MM. Raymond, Hutinel, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Panas, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Marfan. — (2e *série*) : MM. Cornil, Charrin, Achard. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Hartmann.

Mercredi 17. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Landouzy, Chauffard, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Marchand, Delbet, Broca. — (2e *série*) : MM. Humbert, Peyrot, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gaucher, Widal.

Jeudi 18. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Pozzi, Poirier. — 3e *de Doctorat* oral, (1re *partie*) : MM. Tarnier, Berger, Thiéry. — (2e *partie*) : MM. Hutinel, Charrin, Roger. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Thoinot.

Vendredi 19. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Terrier, Peyrot, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Humbert, Broca. — (2e *partie*) : MM. Potain, Gaucher, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Samedi 20. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassavant. — 2e définitif (Officiat) : MM. Cornil, Pozzi, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker : MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Debove, Marie. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Hutinel, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Thiéry.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 17. — M. G. Brouardel. Etude sur l'arsénicisme. — M. Labesse. Du glycérophosphate de chaux et de la noix de Kola. — M. Camous. Hygiène urbaine : projet d'assainissement de la ville de Nice. — M. Jalaguier. Fracture de l'olécrane. — M. Poupart. Un type nouveau d'ectopie testiculaire. — M. Cros. De la rétention des membranes dans l'accouchement à terme.

Jeudi 18. — M. Lefrançois. Pronostic et traitement des plaies perforantes de l'œil. — M. Dauriac. Des infections biliaires dans la fièvre typhoïde. — M. Noel. Sur la topographie et la contagion du cancer. — M. Apert. Le purpura, sa pathogénie et celle de ses diverses variétés cliniques. — M. Kahn. Etude sur la régénération du foie dans les états pathologiques (kystes hydatiques. Cirrhose alcoolique hypertrophique). — M. Lecout. Du traitement des kystes synoviaux articulaires du poignet. — M. Rouquette. Sur l'anatomie pathologique et le diagnostic de la lithiase rénale chez les épileptiques. — M. Mongin. Du calomel en thérapeutique et principalement dans les maladies du foie, du cœur et du rein.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Ch. LOISEAU (de Paris).

M. le Dr Charles Loiseau vient de succomber, à l'âge de 72 ans, à une longue et douloureuse maladie. Ceux qui ont connu Charles Loiseau savent quelle large place il a occupée dans le milieu médical et dans le monde politique de Paris ; il était doué d'une remarquable intelligence, d'une prodigieuse activité ; il était de ceux qui sacrifient tout à l'intérêt général, au bien public. Il eut pu jouir à Paris des bienfaits d'une nombreuse clientèle ; mais, entraîné par des convictions républicaines, il n'hésita pas, dès l'année terrible, à servir la cause de la République et à donner au nouveau régime son concours le plus efficace, le plus désintéressé ! Au Conseil municipal de

Paris, à la mairie du IVe arrondissement de Paris, dans les nombreuses commissions administratives, au sein des diverses sociétés scientifiques, partout où il était admis à siéger, Charles Loiseau était apprécié comme un esprit sage et expérimenté, comme un orateur séduisant. Il laissera le souvenir d'un homme d'élite, dédaigneux des jouissances égoïstes, et dépensant en prodigue ses forces intellectuelles et physiques; car, lorsqu'il s'agissait de payer de sa personne, soit pour défendre ses convictions politiques, soit pour instruire ou soulager les humbles, Charles Loiseau était toujours au premier rang.

Interne en médecine et en chirurgie de la Maison nationale de Charenton, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Ecole pratique de pharmacie de Paris (1849), attaché au laboratoire de chimie de Chevreul au Muséum (1846-1847), Charles Loiseau fut reçu docteur en médecine en 1855. Il fut secrétaire général et président de la Société médico-psychologique de Paris (1872). Il publia en 1856 un important mémoire sur la folie sympathique; dans ce travail, Charles Loiseau s'est proposé de démontrer que si la folie est toujours une affection exclusivement cérébrale, elle peut reconnaître pour cause des affections organiques ou des troubles fonctionnels dans les différentes parties du corps. L'innervation est tantôt affectée directement dans sa partie centrale; tantôt la partie périphérique, lésée la première, détermine dans l'encéphale des troubles fonctionnels plus ou moins intenses. A la Société médico-psychologique, ainsi que le rappelait sur sa tombe M. le Dr Ritti, l'éminent aliéniste, Charles Loiseau prit une part active aux discussions de cette Société, notamment à propos de la folie sympathique, du crétinisme, du suicide, du traitement de l'aliénation mentale. Pendant neuf ans, Charles Loiseau enseigna l'hygiène populaire et professionnelle à l'Association philotechnique et devint, en 1882, président de cette Association. Il fit des cours et conférences sur l'hygiène publique ou privée à Saint-Denis, Paris, Saint-Brieuc et Lille. Adjoint au maire du IVe arrondissement, il s'occupa plus particulièrement des services d'assistance et d'hygiène de cet arrondissement.

Membre du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine, pendant près de quatorze ans, Charles Loiseau a fait presque constamment partie de la commission d'assistance publique dans ces deux conseils. Chargé à plusieurs reprises des rapports généraux sur l'assistance publique et le service des aliénés de la Seine, il a fait preuve d'activité et de compétence, comme le témoignent les rapports, les propositions et les discussions qui sont insérés dans les recueils et bulletins du Conseil. En 1875, il fait partie de la commission des eaux et égouts; en 1883-1884, il est nommé membre de la commission technique de l'assainissement de Paris, avec laquelle il fait les voyages d'études de Bruxelles, Amsterdam, Londres, et de nombreuses explorations dans le sous-sol parisien. En 1883, il représente le Conseil général au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Au moment de la Commune, Charles Loiseau sauva les archives de sa mairie incendiée : ce qui lui valut la croix de la Légion d'honneur. Il était officier de l'Instruction publique.

Pendant de longues années, Charles Loiseau a été un des collaborateurs assidus de la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, de la *Gazette médicale*, de la *Gazette des Hôpitaux* et de l'*Union Médicale*.

Comme on le voit, la vie, l'activité de Charles Loiseau témoignent d'une intelligence d'élite et d'un grand cœur.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hopital Broca, a commencé les deux cours suivants, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5: 1° le 21 janvier, à 4 heures: technique microscopique et manipulations pratiques, avec exercices de diagnostic d'histologie pathologique; 2° le 1er février, à 2 heures: technique bactériologique avec manipulations et étude des principaux microbes pathogènes. Ces cours, essentiellement pratiques, sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit tous les jours, de 1 h. à 2 h., chez M. le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra).

Nous attirons l'attention de nos Lecteurs sur le Catalogue des livres au rabais joint à ce numéro.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 24 janv. au samedi 30 janv. 1897, les naissances ont été au nombre de 1 104, se décomposant ainsi: Sexe *masculin* : légitimes, 389, illégitimes, 174. Total, 563. — Sexe *féminin* : légitimes, 392; illégitimes, 149. Total, 541.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 janv. au samedi 30 janv. 1897, les décès ont été au nombre de 995, savoir : 538 hommes et 457 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 8. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 10, F. 8, T. 18. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 6, F. 3, T. 9. — Grippe : M. 3, F. 2, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 112, F. 71, T. 183. — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 4, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 9, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 2, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 28, T. 46. — Méningite simple : M. 18, F. 10, T. 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 23, T. 45. — Paralysie, M. 7, F. 4, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 2, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 37, T. 63. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 10, T. 28. — Bronchite chronique : M. 12, F. 16, T. 28. — Broncho-pneumonie : M. 25, F. 20, T. 45. — Pneumonie : M. 33, F. 21, T. 54. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 30, T. 60 — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 10, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 1, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 20, F. 15, T. 35. — Sénilité : M. 18, F. 25, T. 43. — Suicides : M. 16, F. 2, T. 18. — Autres morts violentes : M. 9, F. 3, T. 12. — Autres causes de mort : M. 80, F. 87, T. 167. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 3, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 114, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 54, illégitimes, 10. Total : 64. — *Sexe féminin* : légitimes, 37, illégitimes, 13. Total : 50.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — Mlle ZURCHER, docteur en médecine, part pour la cour de Ménélik. Mlle Zurcher, qui est zuricoise, est bien connue à Berne où elle a pratiqué la médecine. Elle a passé également deux ans, comme médecin, dans un établissement sanitaire de Dresde. C'est là qu'elle s'est décidée à partir pour l'Ethiopie. Elle est recommandée au Négus par l'ingénieur Ilg. Elle partira dans quelques jours, lorsqu'elle aura fini le cours d'équitation qu'elle suit actuellement en vue de son voyage de la côte à Addis-Ababa.

MÉDECINS DES COLONIES. — Par arrêté du Ministre des Colonies, en date du 5 février 1897, ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire des colonies, pour prendre rang à compter du même jour, les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent, savoir : MM. Guilliod (François-Julien-Charles-Emmanuel), Guillion (Noel-Louis-Albert); Lartigue (Guillaume-René).

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'Hygiène sociale* professé à la Bourse du travail, 3, rue du Château-d'Eau. Sujet du cours : *L'Hygiène et l'alimentation des travailleurs.* M. le Dr A.-J. MARTIN fera la leçon du samedi 13 février 1897, à huit heures et demie du soir, à la Bourse du travail, salle des Conférences, sur l'habitation de l'ouvrier.

TROUBLES UNIVERSITAIRES A ALGER. — A la suite des désordres que nous avons signalés, douze étudiants des diverses facultés d'Alger ont été cités devant le conseil général des écoles. Les étudiants, en réponse, ont tenu une réunion. Ils ont décidé de continuer la grève générale et de se présenter tous ensemble devant le conseil, afin de donner une preuve de leur solidarité.

TROUBLES UNIVERSITAIRES EN ITALIE. — L'Université de Rome est fermée. Les étudiants ont tenu une réunion dans laquelle ils ont résolu de se solidariser avec ceux d'entre eux qui ont été frappés de mesures disciplinaires; mais ils ont décidé de rester dans la légalité et de cesser les manifestations dans la rue. A Palerme, les étudiants ont fait quelque tumulte, et le recteur a ordonné la

fermeture de l'Université. La même mesure a été prise à Macerata. Dans les autres centres universitaires, les cours continuent et l'ordre n'est pas troublé. Depuis les étudiants de Rome se sont bornés à tenir deux réunions de protestation; aucun incident ne s'est produit. Les étudiants de Naples, dont l'Université est fermée, ont fait diverses manifestations qui ont provoqué des conflits avec la force publique. Il y a eu quelques personnes blessées, mais peu grièvement. Les étudiants réclament l'amnistie en faveur de leurs camarades frappés de peines disciplinaires. De nouvelles démonstrations d'étudiants des universités ont eu lieu à Messine, Sienne et Macerata, mais sans désordres sérieux. Le Conseil académique de l'Université de Rome a pris de sévères mesures disciplinaires contre neuf étudiants et décrété la clôture de l'Université pour un temps indéterminé. On ne signale aucun incident dans les autres universités. A Naples, les troubles provoqués par les étudiants ont continué. Les troupes ont dû intervenir. Plusieurs agents de police ont été blessés. De nombreuses arrestations ont été opérées. Le conseil académique de Turin a également ordonné la fermeture de l'université à la suite des manifestations des étudiants. Ces jours derniers, l'agitation des universités a cessé partout à l'exception de Catane où ont eu lieu des manifestations d'étudiants que la force publique a dispersées.

Le Sérum antidiphtérique. — Plusieurs préfets avaient demandé au Ministre de l'Intérieur de leur faire connaître si, par suite d'une longue conservation, le sérum antidiphtérique ne perdait pas de ses qualités, notamment en devenant trouble, et à quelles conditions on pourrait obtenir de l'institut Pasteur le remplacement des flacons qui paraîtraient suspects. Le directeur de l'hygiène publique vient de communiquer, par voie de circulaire, le rapport présenté à ce sujet par le Dr Chantemesse : « L'institut Pasteur a toujours échangé par retour du courrier, tous les flacons non liquides qui lui ont été envoyés et il continuera à faire cet échange. Le trouble qui apparaît dans les flacons de sérum antidiphtérique n'est pas un indice d'altération ; il se produit à la longue dans tous les liquides albumineux conservés et il ne modifie en rien la valeur thérapeutique du sérum. Ainsi des flacons de sérum antidiphtérique préparés depuis 1894 et devenus troubles se sont montrés très efficaces dans des expériences faites au commencement de 1896. Du sérum expédié dans l'Inde et en Australie et revenu en Europe après dix mois de voyage était encore très actif. Il a été employé à l'hôpital avec plein succès. « M. Monod a rappelé, à cette occasion, que le sérum antidiphtérique, pour se trouver dans les meilleures conditions de conservation, doit être placé dans un endroit frais et obscur.

Distinctions honorifiques. — Sont élevés, promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'Honneur : *Au grade de Commandeur* : M. le Dr Simonis Empis (Georges), ancien président de l'Académie de médecine. Officier du 30 décembre 1886.— *Au grade d'Officier* : M. le Dr Guyot (Jules), médecin à Paris. Chevalier depuis 1871. — *Au grade de Chevalier* : M. le Dr Barrault (Ernest), médecin de la prison de la Santé, 26 ans de services. M. le Dr Hellet (Paul-Louis), maire de Clichy (Seine). Elu au Conseil municipal en 1881, maire depuis 1886, 16 ans de services. Titres exceptionnels : a fait exécuter d'importants travaux de viabilité, d'assainissement, et, a, en outre, lors de l'épidémie cholérique de 1892, organisé, dirigé avec beaucoup de dévouement les services de désinfection et d'assistance aux malades. M. le Dr Schwartz (Charles-Edmond), professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien à l'hôpital Cochin, 26 ans de pratique médicale, auteur de nombreuses études scientifiques. M. le Dr Decori (Come), médecin à Paris, président de la Société philanthropique la *Corse*, 31 ans de pratique médicale. M. le Dr Cros (Félix), médecin-inspecteur des eaux de Lamalou-les-Bains (Hérault), 35 ans de pratique médicale. M. le Dr Benois (Alphonse-Théodore), médecin en chef de l'hospice de Granville (Manche), médecin à Granville depuis 1853. Elu au Conseil municipal en 1865. Ancien adjoint au maire. Membre de la commission administrative du bureau de bienfaisance et du conseil sanitaire du port de Granville. Médecin-inspecteur des enfants du premier âge, 43 ans de pratique médicale. Campagne de 1870 comme médecin d'ambulance. M. le Dr Bouteiller (Gustave-Isidore-Frédéric), membre du conseil général de l'Orne, conseiller municipal de la Ferté-Fresnel [illegible] 1870. Maire de 1878 à 1884. Elu au Conseil général en 1871, [illegible] de services. M. le Dr Joal, médecin au Mont-Dore (Puy-de-Dôme), 23 ans de pratique médicale. Auteur d'un grand nombre d'ouvrages scientifiques. M. le Dr Pasturaud (Vincent-Moïse), [illegible] à Etampes (Seine-et-Oise). Interne des hôpitaux de Paris [illegible] 1871. Médecin de la prison d'Etampes et des épidémies. Médecin-inspecteur des enfants du premier âge. Médecin assermenté de l'administration, 26 ans de pratique médicale. M. le Dr Tafforin [illegible], membre du conseil général de la Vienne, maire d'Availles-Limousine. Elu au conseil municipal d'Availles-Limousine [illegible] depuis 1888, conseiller général depuis 1876, 22 ans de services. [illegible] de 1870-1871, comme médecin aide-major [illegible]

mobiles. M. Chénieux (François), directeur de l'école de médecine et de pharmacie de Limoges, ancien maire de cette ville. Ancien interne des hôpitaux de Paris. Dr en médecine en 1873. Directeur de l'école de médecine et de pharmacie depuis 1893. Elu au conseil municipal de Limoges en 1891. Maire en 1892. Ancien conseiller d'arrondissement, 25 ans de services. — M. le Dr Dureau bibliothécaire de l'Académie de Médecine.

Récompenses. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné des récompenses honorifiques aux personnes ci-après désignées, en témoignage de leur longue et active participation aux travaux du Conseil général et des Commissions d'hygiène du département de la Seine : *Médailles d'or* : M. le Dr Riche (Alfred), membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, vice-président du Conseil d'hygiène. M. Bunel (Henri-Charles), architecte en chef de la préfecture de police. M. le Dr du Mesnil, vice-président de la commission d'hygiène de l'arrondissement de Sceaux. — *Médailles de vermeil* : M. Juillard, pharmacien de 1re classe, membre de la commission d'hygiène du IIe arrondissement. M. le Dr Nottin (Edmond), membre de la commission du IXe arrondissement. M. le Dr Rives, secrétaire de la commission du XIIIe arrondissement. M. Valenciennes (Jean Baptiste-Achille), fabricant de produits chimiques, membre de la commission de Saint-Denis. — *Médailles d'argent* : M. le Dr Durozier, membre de la commission du Ier arrondissement. M. Roche (Henri), pharmacien-chimiste, vice-président de la commission d'hygiène du IIIe arrondissement. M. le Dr Tissier, président de la sous-commission d'hygiène du quartier Notre-Dame. M. Weber, médecin vétérinaire, membre de l'Académie de médecine, membre de la commission du VIIe arrondissement. M. Bachellery, architecte, membre de la commission du VIIIe arrondissement. M. le Dr Rœser, vice-président de la commission du Xe arrondissement. M. Reposeur, architecte, vice-président de la commission du XIVe arrondissement. M. Jacobi (Frédéric), membre de la commission du XIIe arrondissement. M. Beluze, pharmacien, membre de la commission du XVe arrondissement. M. Julliot de la Morandière, architecte, membre de la commission du XVIe arrondissement. M. Lefèvre, ingénieur, président de la commission du XVIIe arrondissement. M. le Dr Albert (Ch.-Philippe), vice-président de la commission du XIXe arrondissement. M. le Dr Chenet (Gaston), vice-président de la commission du XXe arrondissement. M. Vervaest, ancien pharmacien, vice-président de la commission d'hygiène du Ve arrondissement.

Le Ministre de la Guerre a adressé un témoignage de satisfaction à M. le Dr Baudouin, pour le service qu'il a rendu à la chirurgie d'armée, en établissant un classement méthodique de toutes les pièces de la collection anatomo-pathologique chirurgicale de l'Hôtel national des Invalides.

Hôpitaux de Paris. — *Mutations*. — Par arrêtés du préfet de la Seine : M. le Dr Achard est nommé médecin titulaire de l'hôpital Tenon. Le Dr Lebreton est nommé médecin titulaire à l'institution Sainte-Périne. Les Drs Widal et Ménétrier sont nommés médecins titulaires à la Maison municipale de santé. Le Dr Darier est nommé médecin titulaire à la Maison de retraite La Rochefoucauld. Le Dr Thoinot est nommé médecin titulaire à l'hospice Debrousse. Le Dr Ricard est nommé chirurgien titulaire à l'hospice de Bicêtre. Le Dr Poirier est nommé chirurgien titulaire à l'hospice d'Ivry.

Concours pour la nomination à trois places d'interne en en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise). — Entrée en fonctions : les deux premiers le 1er avril 1897, et le troisième le 1er octobre suivant. — Le Jeudi 18 mars 1897, à midi, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes. Le registre d'inscription sera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le Jeudi 18 Février 1897, jusqu'au Samedi 6 Mars inclusivement.

Hôpitaux de Reims. — *Dons*. — Mme Eugène Rœderer, née Boisseau, qui vient de mourir, lègue, au dire du *Courrier de la Champagne*, 25.000 francs à divers établissements reconnus, une somme très importante à l'orphelinat de Sainte-Geneviève, et 2,000,000 de francs à un hôpital de Reims.

Institut Pasteur. — *Visite du Président de la République* — Remplissant la promesse qu'il avait faite à M. le Dr Roux le jour où il s'est rendu à l'établissement de Garches, le président de la République est allé, cette semaine à l'Institut Pasteur, qu'il a visité en détail pendant plus d'une heure et demie. A son arrivée à la célèbre maison de la rue Dutot, le Président de la République qu'accompagnaient M. Barthou, ministre de l'Intérieur, le général Tournier, M. Le Gall et le commandant de la Garenne, a été reçu par MM. Duclaux, directeur, et Roux, sous-directeur de l'Institut, par M. Vallery-Radot, par les professeurs et les chefs de service.

La Fièvre jaune. — A Santiago-de-Cuba, le nombre de décès

s'est élevé, en novembre 1896, à 325 dont 29 attribués à la fièvre jaune. Le consul de France, dans cette ville, constate que « la situation sanitaire empire tous les jours, parce que les conditions d'hygiène sont déplorables en raison de l'incurie de la municipalité qui laisse les matières en décomposition déposées en pleine rue, avec une température qui reste presque invariablement de 30 à 33° centigrades à l'ombre. L'indignation des habitants est à son comble ».

UNE ÉPIDÉMIE DE PELADE. — Une épidémie de pelade règne en ce moment à Cherbourg, mais c'est dans les régiments d'infanterie où les cas ont été plus nombreux, des mesures sévères viennent d'être prises pour en arrêter le progrès. Les hommes sont visités individuellement, chaque jour, par les médecins du corps et tous ceux qui en sont atteints sont immédiatement isolés et envoyés dans un des forts de la côte (au fort des Flamands).

ACCIDENT ARRIVÉ A UN MÉDECIN. — M. le Dr Baudin, père du président du Conseil municipal de Paris, rentrait à Nantua, lorsque près de la cascade dite du Pain, une pierre se détacha de la montagne et roula devant son cheval. L'animal, effrayé, s'emballa, longeant les précipices. Par bonheur, il brisa ses traits et partit au galop, laissant le traineau sur place. Le Dr Baudin en fut quitte pour revenir à pied.

CONFÉRENCES D'EXTERNAT. — MM. Chaillou, Hennecart, Montlahuc et Salomon, internes des hôpitaux, ont commencé une conférence d'externat le mercredi 10 février 1897, à 8 heures du soir, à l'Hôtel-Dieu annexe, 34, rue de la Bucherie. Ils la continueront les mercredis suivants, à la même heure.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr TÉDENAT, de la Vacquerie (Hérault), décédé à l'âge de 83 ans. — M. le Dr DAUM, ancien médecin major au 1er régiment de chasseurs, décédé à l'âge de 41 ans. — M. le Dr MELQUIOND, de Marseille, reçu en 1853. — M. le Dr DE FRIESS (Camille), d'Ajaccio, décédé à l'âge de 40 ans. — M. le Dr BRUNET, après avoir exercé quelques années à Paris, est allé mourir à Lezay (Deux-Sèvres), de tuberculose pulmonaire. — M. le Dr WANNEBROUCQ de Lille, correspondant national de l'Académie de médecine depuis 1888, pour la section d'anatomie physiologique et de pathologie médicale. — M. le Dr Amédée VÉE, ancien président du syndicat des produits chimiques, président honoraire du Comité central des chambres syndicales et de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 3 février 1897, à l'âge de 62 ans. — Le sénateur Pr Galileo FERRARIS est mort à Turin. Il a laissé plusieurs ouvrages de physique entre autres : « De l'emploi de la boussole ordinaire dans la mesure des intensités galvaniques » et « Théorie mathématique de la propagation de l'électricité dans les solides homogènes ».

ASILE DE SAINT-YLIE, près Dole (Jura). — *Demande d'interne* : une place d'interne (division des hommes) est vacante dans cet asile. Les candidats doivent adresser leur demande au directeur de l'établissement. Avantages, 800 fr., nourri et logé. Les candidats doivent avoir 14 inscriptions au moins et un certificat de leurs chefs de service.

ANNUAIRE DE L'INTERNAT. — Une nouvelle édition de l'Annuaire de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris est en préparation. Les internes ayant quitté l'internat dans ces quatre dernières années, notamment ceux qui ont terminé cette année, sont priés d'envoyer l'adresse de leur domicile au secrétaire de l'Association amicale des internes et anciens internes, M. le Dr FEULARD, 20, rue Saint-Georges, Paris.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Enseignement des Stagiaires.* Mois de février (1897) — 1° Leçons à l'amphithéâtre (Clinique et thérapeutique), par M. le Dr ROBIN, le lundi. — 2° Conférences complémentaires au laboratoire : M. Michel, mardi 16 février, leçon de clinique ; mardi 23 février, le cœur chez les rhumatisants. — M. Baudet, mercredis 17 et 24 février, conférences sur l'hygiène alimentaire. — M. Baudouin, jeudi 18 février, pathologie et clinique. — M. Leredde, jeudi 25 février, pathologie et clinique. — M. Bertherand, vendredi 19 février, le rétrécissement mitral pur. — M. Küss, vendredi 26 février, conférences de séméologie. — M. Londe, samedis 13 et 20 février, et M. Baudouin, samedi 27 février, des phénomènes nerveux de l'urémie, paralysies bulbaires.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr DOLERIS commencera ses conférences cliniques sur l'obstétrique et la gynécologie, dans son service à la Pitié, le mardi 9 mars, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à 10 heures. — M. le Dr George THIBIERGE a commencé ses *leçons cliniques sur les maladies de la peau* le vendredi 5 février, à 10 heures 1/2, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Le mercredi et le samedi, à 9 heures, consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques. — M. le Dr BABINSKI, médecin de l'hopital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les *maladies du système nerveux*, samedi 20 février 1897, à 10 heures du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Les conférences auront lieu dans la salle des consultations, annexe de la salle Grisolle.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules VOISIN, le jeudi, à 10 h. du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert BALLET et E. BRISSAUD. M. Brissaud commencera, le jeudi, à 10 heures. M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. HALLOPEAU, dimanche, à 9 h. 1/2 (salle des conférences).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie.
61, rue de Rennes.

Dans la 554e livraison de la GRANDE ENCYCLOPÉDIE, publiée cette semaine, nous avons à signaler à nos lecteurs : la biographie critique de *Marivaux*, par M. BRUNETIÈRE, celles du maréchal de *Marmont*, par M. DEBIDOUR, et de la célèbre famille des *Marlborough*. La même livraison contient les importantes monographies les départements de la *Marne* et de la *Haute-Marne*, par M. A.-M. BERTHELOT, et un intéressant article sur le *Mariage*, par M. A. LARBALETRIER. Prix de chaque livraison : 1 franc. — Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 8. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 FÉVRIER 1897

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

—

Méningo-encéphalite chronique ou idiotie méningo-encéphalitique ;

Par **BOURNEVILLE** et **METTETAL**.

SOMMAIRE. — *Père, rhumatisant, migraineux, contusion de la tête. — Une tante et deux oncles sourds et muets. — Tante paternelle, prostituée. — Mère, chorée à 13 ans, rhumatisante, migraineuse, caractère emporté. — Grand-père mort d'excès de boisson et de tabac ; très emporté, migraineux. — Grand'mère maternelle, caractère emporté. — Arrière-grand'tante maternelle, aliénée. — Tante maternelle, excès de boisson. — Frère mort de méningite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 12 ans.*

Première dent à 7 mois, dentition complète et début de la parole à 2 ans 1/2. — Début de la marche à 18 mois, de la propreté à 8 mois.

Premières convulsions à 11 mois : durée 29 heures. — Secondes convulsions après une rémission de deux jours : durée 48 heures : affaiblissement intellectuel consécutif et parésie droite transitoire. — Écolage à peu près normal. — A onze ans, convulsions et hémiplégie droite consécutive. — Nouvelle crise à 11 ans et 3 mois : hémiplégie droite et aphasie transitoires. — Tendance invincible au sommeil. — Perversion des instincts (kleptomanie) ; — irritabilité. — Disparition de l'hémiplégie droite à l'entrée à la Fondation Vallée. — Sept mois d'accalmie, puis baisse progressive de l'intelligence. — Gâtisme, déchéance, amaigrissement, cachexie. — Apparition de contractures très prononcées des deux côtés, prédominant aux membres inférieurs. — Attaques épileptiformes. — Eschares. — Mort.

AUTOPSIE. — *Crâne épais : pas de synostose prématurée. — Lésions de méningo-encéphalite des deux côtés à peu près symétriquement, mais plus prononcées à gauche. — Topographie des lésions : en dedans sur toute la face interne sauf le lobule paracentral : en dehors sur presque tout le lobe frontal et la pariétale ascendante. — Atrophie des circonvolutions sylviennes et insulaires. — Mise à nu de la substance blanche dans ces régions en décollant la pie-mère. — Analogie des lésions avec celle de la paralysie générale de l'adulte.*

Per... (Émilie), née à Saint-Ouen le 16 octobre 1883, est entrée à la Fondation Vallée le 2 mai 1895.

Antécédents (*Renseignements fournis par la mère*). — PÈRE, 45 ans, forgeron, ni convulsions, ni accidents nerveux ; rhumatisant, pas de dartres, ni de syphilis : il fume beaucoup, est sujet à des *migraines* fréquentes ; caractère calme. Il a reçu sur la tête un coup violent dû a la chute d'une pièce d'acier, alors que sa femme était déjà enceinte (premier mois) de notre malade. — [*Père*, 70 ans, forgeron, très bien portant, très nerveux, ne fume ni ne boit, pas de rhumatisme. — *Mère*, 65 ans, très nerveuse, en bonne santé, ni rhumatisme, ni migraines. — *Sœur*, *sourde-muette*, mariée à un *sourd-muet*, pas d'enfants. — Deux *frères*, *sourds-muets* dont l'un marié à une femme bien portante, pas d'enfants. — *Sœur*, prostituée, qui est entrée dans une maison de tolérance à Amiens, après le départ de son mari pour le service militaire ; pas d'enfants. — Une *sœur boiteuse* dès sa naissance. — Dans le reste de la famille, aucune autre tare ; ni idiots, ni aliénés, ni épileptiques, ni paralytiques, ni difformes, ni suicidés, ni criminels, ni autres sourds-muets].

MÈRE, 33 ans, sans profession, a eu une *chorée* à l'âge de 13 ans qui a duré un an et demi, et n'a plus reparu depuis ; *rhumatisme articulaire* à 17 ans. Depuis sa naissance, elle a la *vue faible*. Dès son enfance, *migraines fréquentes* accompagnées de vomissements, se répétant plusieurs fois par semaine. Depuis l'apparition des règles, les migraines ont été plus rares et surviennent seulement 8 jours avant les époques. Elles sont très douloureuses, s'accompagnent de vomissements bilieux et de troubles de la vue : « Je vois, dit-elle, des papillons blancs, rouges, des pointes de feu des deux côtés et ma vue est brouillée. Caractère vif et emporté. [*Père*, 72 ans, cordonnier, a eu la *syphilis*, mais après la naissance de sa fille ; *excès* de *boisson* et de *tabac*. Caractère vif et emporté. Ni migraines, ni traumatismes céphaliques. — *Mère*, 60 ans, bien portante, caractère violent ; pas de migraines. — *Grands-parents paternels*, aucun renseignement. — *Grand'mère maternelle*, morte à 74 ans, à la suite d'une fracture de jambe. — *Grand-père maternel*, mort *aliéné*, à la suite de la perte de sa fortune. Pas d'oncles, ni de tantes paternels. Du côté maternel, oncles et tantes bien portants. — *Sœur*, 26 ans, en bonne santé, nerveuse, a caractère vif et emporté, pas de migraines. — *Dans le reste de la famille*, aucune espèce de tare, ni d'affection nerveuse.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 12 ans (père plus âgé).

Six *enfants* : l'un est mort de *méningite*, les cinq autres sont bien portants, n'ont jamais eu de convulsions, ni d'affections nerveuses.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, les parents étaient à leur aise, n'avaient pas de préoccupation, vivaient en bonne entente. — *Grossesse* normale : ni traumatisme ni émotions, etc. La mère était contente de se voir enceinte. *Pendant la grossesse, les migraines dont la mère souffrait, ont disparu complètement*, comme d'ailleurs *pendant l'allaitement*. — *Accouchement* à terme, régulier, présentation du sommet, pas de chloroforme, durée du travail, six heures. Il y avait une grande quantité d'eau dans la poche des eaux, beaucoup plus qu'aux précédentes grossesses. — *A la naissance*, allaitement au sein pendant deux mois, puis au biberon (lait de vache) ; sevrage à 18 mois. Première dent à 7 mois, dentition complète à 2 ans et demi. — Début de la *parole* à la même date, de la *marche* à 18 mois de la *propreté* à 8 mois.

A l'âge de 18 mois, Per... a eu des *convulsions* occupant tout le corps. Il s'est produit deux *états de mal convulsifs*. Le premier a duré 24 heures, le second qui a eu lieu deux jours après le premier a duré 48 heures. *Avant ces convulsions*, l'enfant était normale et ressemblait aux autres enfants, mais elle était en retard pour la parole, bien qu'elle prononçât un certain nombre de mots. *Après ces convulsions*, l'enfant resta 15 jours au lit, ayant de la fièvre, du délire. La tête tombait quand on la soulevait. L'enfant grinçait des dents. Au bout de 15 jours, elle s'est levée, sans paralysie et sans diminution notable, prétend-on, de l'intelligence. Elle avait un peu maigri

A 7 ans, on l'a mise à l'école ; tout d'abord, pendant six mois elle n'apprenait rien, puis elle s'y est mise progressivement et a appris à lire et à écrire. Elle connaissait ses quatre règles et aidait sa mère au ménage. A 11 ans, se trouvant dans une cour, elle fait deux tours sur elle-même et tombe sans connaissance, les yeux tournés, la jambe et le bras droits raidis. Rien à gauche. Pas de secousses, pas d'évacuations involontaires. Cet état dure 2 heures, puis l'enfant revient à elle. La bouche et la moitié droite de la face étaient tirées à droite. Pendant quatre jours, le *côté droit* reste plus faible que le gauche. L'enfant traîne la jambe droite, peut cependant saisir les objets de la main droite, mais ne les garde que quelques instants, et les laisse ensuite retomber.

A partir de 8 ans, elle a eu pendant un an, à de nombreuses reprises, des *vers intestinaux* qui paraissent avoir été des ascarides. Aucune espèce d'accidents scrofuleux, de gourmes, de

dartres, d'adénites, d'engelures, de maladie de peau. Elle n'a jamais eu de traumatismes céphaliques, n'a jamais reçu de coups, n'a jamais été maltraitée. L'enfant est, aujourd'hui, très indifférente, n'a pas de mémoire, de raisonnement, d'attention. Elle sait encore un peu lire, écrire et coudre, ressemble physiquement plus à son père qu'à sa mère et psychiquement plus à sa mère qu'à son père. — Tendance invincible au sommeil : si on l'avait laissé faire, elle aurait dormi jour et nuit, dit sa mère. Son sommeil était calme, sans secousses, ni cris. La vue est un peu affaiblie, et on constate un certain degré de myopie. L'ouïe est bonne, l'odorat et le goût normaux. Elle n'a jamais eu de rougeole, ni de scarlatine, ni de variole. Vaccinée à l'âge de deux ans, le vaccin n'a pas pris. A l'âge de 3 ans, elle a une *coqueluche* assez forte qui a persisté six semaines.

A 11 ans et 3 mois, elle a eu une *nouvelle crise* : elle a laissé tomber tout à coup sa tête dans son assiette. A la suite, le côté droit fut encore atteint. Après être restée quatre heures sans connaissance, sans secousses, ni tremblements, on a retrouvé à droite la même déviation de la face et de la bouche. Durant les trois semaines qui ont succédé, elle n'a pas pu marcher. Elle est restée 15 jours sans parler. Puis la *parole* et le *mouvement* sont revenus progressivement.

A la suite de ces crises, le caractère était devenu triste et violent. Peu à peu elle devenait méchante vis-à-vis des autres enfants, les battait, les pinçait, les griffait. Sa mère constatait qu'elle devenait moins obéissante et plus entêtée. Elle prenait des instincts de vol, et partout où elle allait dérobait des bonbons, des épingles, du papier, des images ; jamais elle n'a pris d'argent. Elle était turbulente, grossière, cherchait à mordre. Elle a failli mettre le feu à plusieurs reprises. — Pas d'habitudes d'onanisme. — Dans les derniers temps son appétit s'était exagéré : elle mangeait de tout en excès, mêlait ses aliments, mâchait mal. Jamais cependant elle n'a ingéré de corps étrangers. Les selles étaient régulières ; il n'y avait pas de gâtisme. Quelquefois, après le repas, l'enfant devenait blême, puis très colorée, la tête et les oreilles prenant alors une teinte cramoisie.



Fig. 14. — Mai 1895.

En février 1895 nouvelle crise. Per... a été prise en mangeant. Mêmes caractères que dans les précédentes, durée 2 heures. Conduite à l'hôpital Trousseau, elle y resta 8 jours, puis fut envoyée à l'Asile clinique où elle ne séjourna pas 24 heures. Elle en sort en traînant la jambe, avec la parole très embarrassée, et la figure devenue très dure. En même temps, elle se plaignait de douleurs de tête, qui revenaient tous les 3 ou 4 jours, et s'accompagnaient de vomissements bilieux, analogues à ceux qui se produisaient lors des migraines de la mère. Ces accidents ont duré jusqu'à l'entrée, au mois de mai. — On attribue l'état de l'enfant aux convulsions.

État actuel (17 mai 1895). — *Aspect général.* Pas d'émaciation, air général de santé ; physionomie assez expressive mais ne dénotant pas beaucoup d'intelligence. (*Fig.* 14).

Cheveux châtain clair, régulièrement plantés, tourbillon au centre, pas de ganglions. — Le *crâne* est régulièrement conforme, symétrique, arrondi. D'un volume moyen, il n'offre rien de particulier. Les bosses pariétales et occipitales sont normales, les fontanelles soudées. — Le visage est rond, sans cicatrices ; les arcades sourcilières sont régulières, les paupières sont mobiles et de dimension moyenne, les fentes palpébrales sont bien ouvertes. Les sourcils sont d'un châtain foncé, les cils sont longs et noirs. Pas de lésions oculaires. — Les *yeux* sont mobiles dans toutes les directions. Pas d'exophtalmie ni de strabisme. Pas de paralysie oculaire, ni de nystagmus. Les iris sont de coloration marron. Les pupilles de dimension moyenne et égales réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'acuité et le champ visuel sont normaux. L'enfant distingue très bien les couleurs, n'a ni diplopie, ni polyopie. — Les pommettes sont égales. — La *bouche* est petite. Les lèvres sont un peu pâles et de dimension moyenne. Le palais est normal, le voile régulier. — La *langue* est épaisse et peu large. Les amygdales sont normales. Le *réflexe pharyngien* est conservé. — Le *goût* est intact, l'enfant perçoit bien les saveurs. — Les *dents*, régulièrement plantées, ne présentent pas de stries ni d'incisures ; elles sont blanches, non cariées. — Le *menton* est rond, de dimension moyenne, il est situé symétriquement par rapport au maxillaire inférieur. — Les *oreilles* sont bien ourlées, de dimension moyenne, pas très écartées ; le lobule est assez saillant, adhérent dans la plus grande partie de son étendue. L'hélix et l'anthélix sont réguliers, le tragus est peu développé.

Le *cou* a une circonférence de 28 centimètres. Le *corps thyroïde* est petit mais appréciable ; pas de goitre ni de ganglions.

Thorax. — Pas de rachitisme, pas de déviation de la colonne vertébrale, pas de douleurs à la pression. Rien de pathologique au *cœur* et aux *poumons*. Pouls normal.

Abdomen. — Souple et indolore à la pression. Le *foie* est normal, ainsi que l'estomac, la *rate* échappe à la percussion.

Puberté. — Corps glabre. Pas de développement des seins. Mont de Vénus absolument glabre. Grandes lèvres épaisses et peu développées. Petites lèvres triangulaires se terminant par un capuchon étroit et ne descendant pas plus loin que la moitié de la hauteur des grandes lèvres. Pénil saillant. Hymen circulaire. Région anale normale ; pas d'hémorrhoïdes.

Membres supérieurs. — La forme des bras est normale ; leurs dimensions égales des deux côtés. Attitude régulière. Pas de déformations. Mouvements dans tous les sens. Sensibilité au contact, à la température et à la douleur conservée, la même des deux côtés. L'enfant se ronge un peu les ongles.

Membres inférieurs. — A l'inspection, les membres inférieurs ont une forme naturelle. A droite et à gauche, même longueur. Les cuisses se fléchissent très bien sur le bassin, les pieds et les jambes sont mobilisés très aisément. Ni *raideur*, ni *contracture*, ni *déformation*. — A l'examen fonctionnel, les *mouvements volontaires* et *provoqués* sont normaux, ainsi que les *mouvements réflexes*. Il est à remarquer que l'*hémiplégie droite*, qui avait été manifeste lors des accidents cérébraux, paraît avoir complètement disparu.

Marche de la maladie. — *20 mai.* — Hydrothérapie jusqu'au 15 décembre.

A ce moment, elle parle lentement, mais distinctement et répond aux questions qu'on lui pose après une courte hésitation. Un peu myope, elle fixe facilement son attention sur un objet quelconque qu'elle regarde en baissant la tête. Elle est peu agile, a de la difficulté à jouer avec ses compagnes, cependant elle monte facilement les escaliers. Elle mange

bien, se sert de sa fourchette et de sa cuillère, dénote une certaine préférence pour les aliments sucrés, le vin et le lait. Elle sait s'habiller seule, mais ne peut se peigner elle-même ; elle marque une certaine répugnance pour se laver et se nettoyer seule. — Elle ne gâte pas, n'a pas d'habitude d'onanisme. Son sommeil est calme, sans cris ni cauchemars. Son caractère est indifférent : elle est maussade, ne fait pas attention à ce qu'on lui dit et est insensible aux reproches. En classe, elle est assez tranquille, mais n'apporte aucune attention ; elle ne sait pas lire et peut à peine épeler quelques lettres. Elle sait former ses lettres, connaît ses chiffres et peut compter jusqu'à 100. Elle connaît les principales couleurs, ainsi que les diverses parties de son corps et de ses vêtements. Elle exécute les mouvements élémentaires de gymnastique, mais est très peu agile dans ces exercices.

16 *août*. — Elle passe l'été et l'automne à peu près dans le même état.

1896. — En *février*, elle est atteinte d'engelures aux pieds et entre à l'infirmerie, où elle reste jusqu'au mois d'avril 1896. Mais à cette époque la déchéance intellectuelle s'accuse, Per... est devenue incapable de se servir de ses membres. Ses jambes fléchissent, elle tremble constamment. (*Fig.* 15 et 16).



Fig. 15. — Juin 1896.

Elle est devenue gâteuse. — Son sommeil est maintenant très agité, elle déclame la nuit, chante pendant des heures entières, déchire les draps et la toile cirée qui les protège.

Mai et *juin*. — La déchéance devient de plus en plus complète. — L'enfant ne parle plus, ne fait pas de mouvements, est incapable de marcher. Dans son lit, elle ne bouge qu'à peine, mange ses excréments et s'en barbouille la figure. Quand on s'approche d'elle, elle se cache, a peur, ses paupières battent. Quand on lui parle elle ne paraît pas comprendre, regarde avec hébétement.

Les pupilles sont dilatées, la droite plus que la gauche. — La face est pâle et le regard égaré. Quand P... tire la langue celle-ci tremble beaucoup. Aucune réaction fébrile, la température reste entre 37° et 37°, 6.

7 *juillet*. — Large vésicatoire sur la tête, sans aucun effet appréciable.

9 *septembre*. — L'enfant décline de plus en plus. On observe de la contracture aux membres inférieurs. Ceux-ci sont en flexion à angle aigu. Les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses. La contracture est tenace et très difficile à vaincre. — Les membres inférieurs sont indemnes. — L'enfant a beaucoup maigri, s'alimente d'une façon très défectueuse, refusant de manger. On la soutient à l'aide de kola. Pas de diarrhée, pas de phénomènes morbides aux poumons.

2 *octobre*. — Pern... est dans un état de *cachexie* très prononcé : elle est dans le décubitus dorsal, le bras droit replié sur la tête. Sa figure exprime l'effarement, elle semble avoir peur lorsqu'on s'approche d'elle. Les plis du front et de la face sont très marqués, les yeux hagards, les pupilles dilatées. La sensibilité à la lumière est conservée ; la sensibilité au tact est diminuée. — La face est pâle et amaigrie. — De temps en temps et surtout la nuit, l'enfant pousse un *cri hydrencéphalique*. Elle *grince* souvent des *dents*. Le bras droit est fortement contracturé, l'avant-bras fléchi sur le bras ; les doigts repliés en crochet et difficiles à ouvrir.

Rien aux poumons. — Le ventre est souple, un peu creusé en bateau, indolore à la pression. L'enfant gâte, mais se nourrit suffisamment, prenant du lait en quantité normale.

Les deux cuisses sont dans l'adduction et dans la flexion complète sur le tronc. Les jambes sont fléchies, les talons sur les fesses. L'enfant est recroquevillée sur elle-même.

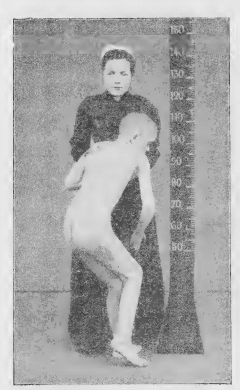


Fig. 16. — Juin 1896.

A *droite*, la *contracture* de la hanche est si prononcée qu'on ne peut étendre la cuisse sans faire crier la malade. Tout ce qu'on peut faire, c'est de ramener la cuisse dans l'axe du corps, dans une position intermédiaire à l'abduction et à l'adduction. Le cou-de-pied et les orteils sont souples. (*Fig.* 17).

On observe des *eschares* au début : l'une à la face interne du genou, de la largeur d'une pièce de 2 francs, l'autre au niveau de la tubérosité interne, une troisième un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

A *gauche*, la *contracture* est un peu moins prononcée ; on peut davantage fléchir la cuisse et la jambe. *Eschares* au début au niveau de la tubérosité interne du tibia, sur le grand trochanter, et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

L'enfant ne reconnaît personne, répond par monosyllabes aux questions qu'on lui pose, tire la langue, rit, déchire tout ce qu'elle a sous la main.

28 *octobre*. — Pern... décline de plus en plus. Dans la nuit, elle a eu une *convulsion*. Au milieu de râles stridents, la face s'est congestionnée surtout à gauche avec des plaques ecchymotiques. Les veines du front deviennent turgescentes :

les yeux s'injectent de sang ; ils tournent à droite et à gauche, en même temps que la face grimace. Cette crise dure trois quarts d'heure, et s'accompagne d'une température de 39°,7.



Fig. 17. — 21 octobre 1896.

29 *octobre.* — Ce matin, l'enfant est très affaissée, ne mange plus, ne parle pas. Elle ne reconnait personne ; elle pousse de temps en temps un cri strident. La *contracture* s'exagère encore. Les *eschares* s'étendent à toute la région sacrée. T.R. 37°,5. — *Soir*: T. R. 36°, 4.

30 *octobre.* — Dénutrition complète, l'enfant est repliée sur elle-même, ne fait plus de mouvements. Seuls ses doigts tremblotent toujours. La bouche est grande ouverte, le pouls est très faible, l'œil gauche tout injecté de sang. — Le *matin*: T. R. 36°, 4. *Mort* à deux heures de l'après-midi ; aussitôt après la mort l'enfant devient violacée.

Température aussitôt la mort	39°, 8
— — 1/4 après	37°, 3
— — 2 heures	34°.
— — 4 —	30°.
— — 6 —	25°.
— — 8 —	18°.
Température de la salle	18°. (1)

Poids après décès : 15 kilog.

Mensurations de la tête.	1895. Mai	1895. Juillet.	1896. Janv.	1896. Juillet.	1896. Octob.
Circonf. horizontale maxima	53	53	54	54	50
Demi-circonf. bi-auriculaire	36	36	36.5	36.5	33
Distance de l'articul. occipito-atloïdienne à la racine du nez	39	39	40	40	36
Diamètre antéro-postérieur maximum	18	18	18	18.1	17.1
Diamètre bi-auriculaire	12	12	12	12.2	11.4
— bi-pariétal	14	14	14	14.1	12.9
— bi-temporal	11.5	11.5	12	12	12
Hauteur médiane du front	6	6	6	6	6

Poids et taille.	1895. Mai.	1895. Juillet	1896. Janv.	1896. Juillet
Poids	36	36	37	34
Taille	1.40	1.40	1.41	1.42
Dynamomètre droit	10	10	10	10
— gauche	10	10	10	10

(1) Ces diverses notations thermométriques indiquent le refroidissement progressif du corps qui se met en équilibre avec le milieu ambiant. D'où il suit que, dans notre climat, la température centrale fournit un signe certain de la réalité de la mort.

Autopsie faite 38 heures après la mort. — Le corps est extrêmement amaigri, et présente de nombreuses eschares.

Thorax. — On trouve du côté droit de légères adhérences pleurales. Le poumon de ce côté est beaucoup plus volumineux (710 gr.) que le gauche et sain. Le *poumon gauche* (510 gr.) est de couleur très pâle : petit, ratatiné, il présente quelques points d'emphysème. — *Cœur* normal ; pas de persistance du trou de Botal. — L'*estomac* est rempli d'un liquide glaireux, verdâtre, on y trouve quelques ecchymoses, au niveau de la grande courbure. Les *intestins* sont petits, ratatinés, sans lésions. Les ganglions mésentériques sont un peu hypertrophiés. Le péritoine est sain.

Abdomen. — Le *foie* est volumineux (670 gr.), très vascularisé, d'aspect violet foncé, laissant échapper beaucoup de sang à la coupe. La *vésicule biliaire* est très dilatée et renferme une grande quantité de bile très foncée : pas de calculs. — La *rate* est petite et aplatie (60 gr.) Les *reins*, de volume normal, sont légèrement congestionnés : la capsule se détache facilement.

Cou. — Le *corps thyroïde*, très développé, est à peu près régulier et symétrique (10 gr.). — Pas de traces de *thymus*.

Tête. — Le *cuir chevelu* est maigre avec une large plaque ecchymotique, occupant tout le tiers moyen de la moitié antérieure du cuir chevelu. Pas de taches ecchymotiques sur la partie postérieure.

La *calotte cranienne* est assez épaisse, d'une façon uniforme ; elle ne présente pas de plaques transparentes. Elle paraît à peu près symétrique bien que légèrement bombée dans la région pariétale gauche. — Les fontanelles antérieure et postérieure sont fermées. Pas de synostose. Les *sutures* sont régulières : la suture sagittale n'est pas sur la ligne médiane, mais un peu à gauche de l'axe du crâne. Sur la face interne on trouve des traces de sillons, très profondément marqués. Il n'y a pas de synostose.

La quantité de *liquide céphalo-rachidien* est plutôt moins abondante que d'ordinaire.

La *dure-mère* est un peu épaissie d'une façon générale. En certains points, l'épaississement est plus prononcé surtout au niveau de la fosse temporale droite. Pas de fausses membranes. La *pie-mère* est partout vascularisée : elle a un aspect rouge-vermillon louche.

On constate une très grande adhérence entre la dure-mère et la paroi osseuse, surtout au niveau de la voûte et en avant, où il faut exercer de fortes tractions pour décoller les méninges.

Les différentes parties de la base du crâne, les *nerfs olfactifs, optiques*, les *bandelettes*, les *pédoncules cérébraux :* les deux moitiés de la *protubérance*, les *pyramides* et les *olives* paraissent égaux et symétriques. — La *glande pinéale* n'offre rien de particulier.

Cerveau. Les deux *lobes frontaux* sont accolés au niveau des 2/3 postérieurs de leur face interne. — Sur *la face interne des hémisphères* la vascularisation est générale. — Les sillons paraissent comme fermés, accolés les uns aux autres jusqu'à la surface. Les deux lèvres de la scissure de Sylvius sont également accolées. Il existe des traînées blanchâtres au niveau des sillons et des vaisseaux. — Le *corps calleux* n'offre rien de particulier. Quand on enlève la pie-mère, on la trouve notablement épaissie sur les deux hémisphères.

Hémisphère droit. Face interne. — En détachant la pie-mère, on entraîne à peu près toute la substance grise sur la circonvolution du corps calleux, la première frontale, le lobe quadrilatère, le lobe occipital et le lobe temporal. Seul le lobe paracentral, le sillon calloso-marginal et ceux qui séparent le coin du lobe quadrilatère et du lobe occipital ne présentent pas d'adhérences. Aux points atteints, on trouve un accollement des circonvolutions qui ne permettent plus d'en retrouver les sillons de séparation. La surface du cerveau se présente comme villeuse et déchiquetée (*Fig.* 18).

Face convexe. — L'ablation de la pie-mère, entraîne des parties plus ou moins étendues de la substance grise, sur tout le lobe frontal. Sur les F^2 et F^3 presque dans toute leur étendue, sur F^1 sauf au niveau de son pied, sur le tiers inférieur de F A.

et sur la moitié inférieure de P A, on met à nu la substance blanche. Il en est de même sur le pli pariétal inférieur et sur la moitié postérieure de T^2 et de T^3. Sur le lobe frontal, on trouve un très grand développement des circonvolutions et des plis de passage. A partir de la moitié postérieure du lobe frontal, les deux faces des sillons ne présentent pas d'adhérences, et la pie-mère s'enlève sans entraîner de substance grise, notamment sur le sillon de Rolando, et sur la face interne de la scissure de Sylvius et le lobule de l'insula, dont les circonvolutions sont très grêles. — Les *lobes occipitaux* et *pariétaux* sont normaux.

Hémisphère gauche. Face interne. — La répartition des lésions est à peu près la même, mais elles sont plus prononcées comme intensité, notamment sur les circonvolutions frontales, qu'elles intéressent dans leurs 3/4 supérieurs.

Face convexe. — Même répartition des lésions, mais le squelette blanc est mis à nu d'une façon plus complète sur les

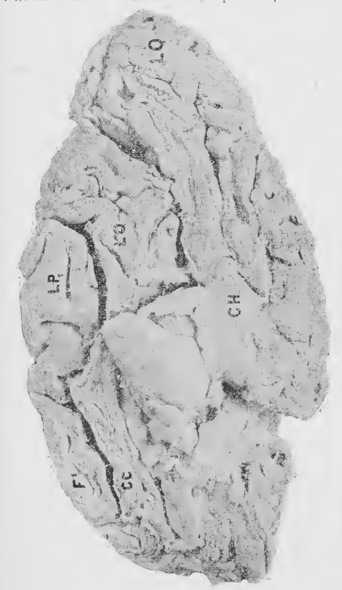


Fig. 18.

circonvolutions malades. Les circonvolutions de la face inférieure sont tout à fait dépouillés de leur substance grise : il en est de même de F^2, F^3, du tiers inférieur de F A, de P A, des deux plis pariétaux, et de presque tout le lobe temporal (*Fig.* 19).

Des deux côtés, les *ventricules latéraux* sont dilatés, mais à un degré moyen, surtout dans les cornes occipitales et temporales. Leurs parois sont lisses et régulières. Les *couches optiques* et les *corps striés* paraissent normaux. — Les deux lobes du *cervelet*, ainsi que sa partie médiane, n'offrent aucune adhérence des méninges. Ils sont réguliers, symétriques et normaux.

La *moelle épinière* pèse 40 gr., elle est normale.

Poids des organes

Cerveau	670
Hémisphère cérébral droit	340
— — gauche	330
— cérébelleux droit	60
— — gauche	60
Bulbe et protubérance	10
Moelle épinière	40
Corps thyroïde	10
Cœur	130
Poumon droit	710
— gauche	540
Foie	670
Rate	60
Rein droit	70
— gauche	60

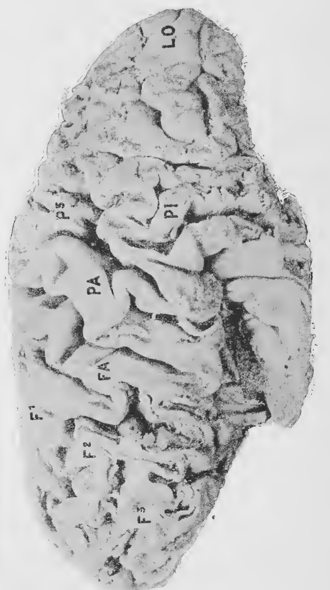


Fig. 19.

Réflexions. — I. Notons dans les *antécédents héréditaires* : 1° du *côté paternel*, le *père migraineux*, une *tante* et deux *oncles sourds-muets*, une autre *tante prostituée* ; — 2° du *côté maternel*, la *mère choréique, myope, migraineuse* ; le *grand-père, alcoolique*, un *arrière-grand-père* mort *aliéné*. — Un *frère* a succombé à une *méningite*.

II. Signalons en passant, comme nous l'avons déjà

fait bien des fois, la *disparition complète des migraines* de la mère *pendant la grossesse et l'allaitement.* C'est là une question qui pourrait faire l'objet d'un mémoire ou d'une thèse.

III. Jusqu'à 18 mois, les renseignements qui nous ont été fournis indiquent que l'enfant était normale. Alors surviennent des *convulsions*, dues à une *méningite* (fièvre, délire, grincement des dents, etc.)

Fig. 20. — Écriture en 1894.

Fig. 21. — Février 1894.

Fig. 22. — Mai et juillet 1895.

On prétend qu'à la suite, l'intelligence n'aurait pas été notablement affaiblie. Quoiqu'il en soit, l'enfant mise à l'école à 7 ans, après une période d'écolage médiocre, avait fini par être entraînée et avait appris à lire, écrire, compter, etc. Jusqu'à 11 ans, la situation se maintient, l'intelligence ne paraît pas trop atteinte. Alors, surviennent de nouveaux accidents convulsifs, répondant sans doute à une exacerbation des anciennes lésions, suivis d'une *hémiplégie* passagère du côté droit. Nouveaux accidents trois mois plus tard avec réapparition de l'*hémiplégie droite* et *aphasie* — l'une et l'autre transitoires.

Ces doubles accidents ont eu pour conséquences un affaiblissement des facultés intellectuelles et morales, une perturbation des instincts (kleptomanie, pyromanie, etc.).

Une troisième crise en février 1895 n'a fait qu'accélérer la tendance vers la déchéance : traînement de la jambe droite, embarras de la parole, congestion de la face, douleurs de tête, vomissements bilieux, etc.

Pendant les huit premiers mois du séjour de Pern... à la Fondation, il ne se produit pas de changement sérieux. Mais à dater de février 1896, les facultés intellectuelles déclinent, la force musculaire des membres surtout des inférieurs diminue, les mouvements s'accompagnent de tremblement, les pupilles se dilatent, la droite plus que la gauche, la langue tremble ; on note des périodes d'excitation ; la physionomie perd son expression ; Pern... gâte, grince des dents, est salace.

Fig. 23. — Septembre 1895.

Fig. 24. — Mai 1896.

Fig. 25. — Juillet 1896.

Enfin, durant les dernières semaines, à la *démence*, devenue complète, s'ajoute une *contracture* des membres, le corps se recroqueville, des *eschares* se développent et Pern... qui ne reconnaît plus personne succombe à la cachexie.

La déchéance physique et même la déchéance intellectuelle ressortent bien nettement sur les *fig.* 14, 15

16, 17. Les spécimens de l'*écriture* offrent aussi un intérêt d'autant plus grand que nous avons pu représenter quelques lignes de son écriture tracée plusieurs mois avant l'entrée à la Fondation Vallée. (*Fig.* 20-25). Photographies et spécimens de l'écriture permettent de suivre la marche de la maladie.

La *température rectale* a oscillé du 23 septembre au 3 octobre entre 37° et 38° ; puis du 4 au 20 octobre entre 37°, 7 et 36°, 5 ; enfin du 21 au 26 octobre elle se maintient en général au-dessus de 37°, avec une poussée à 38°, 7 le 21 et à 40°, 7 le 27, coïncidant avec les *attaques épileptiformes*. Enfin le 30, au matin, légère *hypothermie* (36°, 4) suivie d'une *élévation thermométrique* (39°, 8), au moment de la mort (*Fig.* 26).

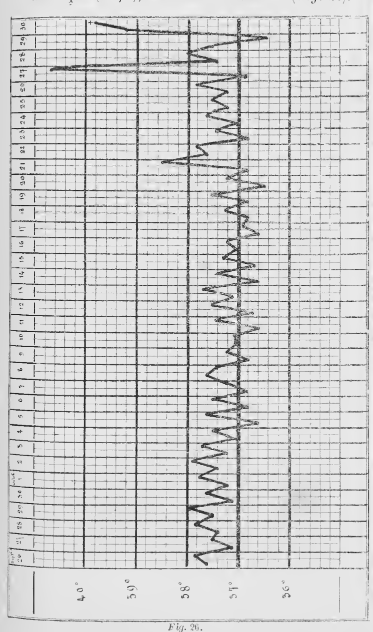


Fig. 26.

IV. L'*autopsie* a montré un peu d'épaississement des *os du crâne*, de la *dure-mère* qui adhérait fortement à la calotte, et de la *pie-mère*. Mais les lésions principales consistaient en une *méningo-encéphalite* très prononcée et très étendue, car elle occupait presque toute la surface des hémisphères à l'exception des *frontale* et *pariétale ascendantes* et que, d'autre part, elle intéressait toute l'épaisseur de la substance grise qui s'enlevait en même temps que la pie-mère, laissant à nu la substance blanche des circonvolutions. On avait là des lésions tout-à-fait comparables, au point de vue macroscopique, aux lésions que l'on rencontre dans la *paralysie générale* de l'adulte lorsqu'elle est parvenue à sa dernière période. (Voir les *Fig.* 18 et 19) (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance chirurgicale gratuite dans les campagnes.

C'est l'ancien interne du Pr Terrier et le maire d'une commune rurale de Vendée qui commence aujourd'hui une campagne nouvelle en faveur d'une idée nouvelle : *l'Assistance chirurgicale gratuite*.

J'ai hâte d'ajouter qu'il n'existe rien de semblable aux États-Unis, car — se basant sur une analogie de mots — on ne manquerait pas de faire remarquer qu'à court d'articles à sensation, j'en suis toujours réduit à emprunter à l'Amérique !

Cette fois-ci, qu'on se console donc ! Le voyageur oublie ses lointaines équipées et c'est un citadin, voire même un boulevardier, en train de devenir rural, — on finit souvent par où l'on a commencé, — qui a pu, à lui tout seul, constater de quelle misérable façon sont donnés actuellement les soins chirurgicaux dans nos pauvres campagnes et qui veut prendre à tâche, après avoir mené à bien l'Assistance chirurgicale instantanée et gratuite dans les grandes villes, de trouver un remède à cette désastreuse situation.

Je sais bien qu'en partant ainsi en guerre, une fois de plus, contre la chirurgie qui se pratique dans nos hameaux, — ou plutôt contre celle qui pourrait seule s'y pratiquer avec l'organisation présente —, je vais m'attirer encore un certain stock d'inimitiés ; je sais bien que l'on va à nouveau répéter, après lecture de mes articles, que je ne combats pas pour l'humble confrère de village et que partant je manque à tous mes devoirs. Je suis certain qu'on ira même plus loin : on m'accusera de compromettre l'avenir de la chirurgie provinciale et par suite de trahir l'idée maîtresse de ma petite carrière de journaliste médical. Mais je pars au combat l'esprit serein et l'âme convaincue. Et, à l'user, on verra que là encore, je plaide, par un moyen détourné il est vrai, la bonne cause, la cause de la véritable décentralisation scientifique, et chirurgicale en particulier.

Il faut qu'on le sache en effet. En haut et en bas de l'échelle, la décentralisation a des limites ; et ce n'est pas en vain qu'on tentera de les dépasser. Si on veut lui faire donner plus qu'elle ne le peut, on peut à jamais la compromettre ; et, arrivés à un point donné, ses plus chauds partisans doivent centraliser à nouveau, s'ils désirent que l'œuvre soit durable et vraiment profitable à la masse.

D'un autre côté, je tiens à le dire, cette idée de l'*As-*

(1) Ce travail a été communiqué à la *Société anatomique*, séance du 18 décembre.

sistance chirurgicale gratuite dans les campagnes, qu'il faut mettre en parallèle avec celle de l'*Assistance médicale gratuite* (organisée, en théorie tout au moins, par la loi de 1893), n'est que le corollaire, que la conséquence de cette autre, pour laquelle je plaide depuis plusieurs années : l'*Assistance chirurgicale instantanée dans les grands centres*. Dans ces circonstances spéciales, c'est-à-dire lors d'énormes agglomérations urbaines, je demande pour les blessés non seulement une assistance *absolument compétente*, mais une assistance *immédiate*, aussi *instantanée* que possible, parce que cela est pratique et possible, ainsi que l'expérience l'a prouvée. Mais, pour les campagnes, l'instantanéité étant absolument impossible à obtenir, je l'abandonne radicalement, pour ne m'en tenir qu'à la *compétence*. Mais, cette dernière, je la demande et l'exige *absolue*, aussi absolue que nous pouvons l'obtenir à la ville. Partant de cette idée théorique, on voit déjà où je veux en venir.

Mais, avant de développer cette idée fondamentale, je tiens à répéter ce que j'ai dit déjà publiquement, à savoir que cette théorie n'est pas mienne et qu'elle émane de mon maître, M. le Pr Terrier. Je ne revendique pour moi-même que son application à la chirurgie de campagne, à la chirurgie rurale.

On le sait, depuis longtemps déjà, M. F. Terrier réclame une distinction radicale entre la chirurgie et la médecine et revient sans vergogne aux errements anciens, aux idées de nos ancêtres de l'Académie de Chirurgie. Pour lui, en effet, un praticien, même dans les centres de moyenne importance, dans une ville de 20.000 âmes par exemple, ne doit pas être médecin et chirurgien à la fois. A cumuler ces deux ordres de fonctions, pourtant très proches parentes, il ne saurait exécuter que mauvaise besogne. Ce sont là des notions qui désormais, heureusement, commencent à entrer dans l'esprit de nos confrères, même les moins progressistes. Eh bien ! en ce qui me concerne, je veux pousser encore plus loin la séparation établie par mon maître. Et je désire qu'il existe, à côté du brave médedecin de bourgade, le chirurgien de campagne, comme à côté de l'honnête praticien des villes l'on trouve aujourd'hui l'opérateur spécialisé et digne de la confiance de tous !

Comment résoudrez-vous, me dira-t-on, ce problème qui, à première vue, paraît simplement insoluble ? C'est là mon affaire et ce que j'essaierai de vous indiquer dans un très prochain bulletin. Marcel BAUDOUIN.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr P.-F. Gourbeyre-Imberdis (d'Ambert) a été nommé Chevalier du Mérite agricole.

HÔPITAL RASANJY A MADAGASCAR. — L'hôpital anglais d'Isoavinandriana ayant été réquisitionné pour les malades et blessés du corps d'occupation, il était urgent d'assurer aux Malgaches indigents les soins nécessaires ; le général y a pourvu par la création d'un hôpital malgache que Rasanjy, premier ministre de Ranavalo, s'est offert, comme nous l'avons dit, à installer à ses frais. Les dépenses d'entretien de cet hôpital évaluées à 22.000 francs par an, seront supportées jusqu'à concurrence de 12.000 francs par Rasanjy et les 10.000 francs restants par la colonie.

ASILE D'ORPHELINS DE DALLOS. — *Incendie.* — Un incendie a éclaté à l'asile d'orphelins de Dallos (Texas). Quinze jeunes filles ont péri, neuf ont été blessées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 février. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Eucaine et cocaïne.

M. RECLUS étudie l'eucaïne, nouvel alcaloïde succédané de la cocaïne. L'anesthésie par la cocaïne est un peu moins parfaite, un peu moins durable; la ligne de section saigne davantage. Mais la principale infériorité de l'eucaïne est démontrée par les recherches toxicologiques de M. le Pr Pouchet. M, Pouchet a en effet constaté dans une série de 48 expériences sur des animaux d'espèces différentes, que la toxicité de l'eucaïne est au moins égale à celle de la cocaïne; l'eucaïne serait même plus redoutable, car les accidents qu'elle provoque surviendraient souvent tout à coup, sans phase prodromique, et peuvent terrasser soudain l'animal.

Rôle de la rate dans le paludisme.

M. LAVERAN dans une étude fort originale montre que la rate est plutôt un lieu de refuge qu'un lieu de destruction pour les hématozoaires du paludisme. Doit-on aller jusqu'à faire l'extirpation, dans les cas graves, de cet habitat des parasites? Nullement; il faudra songer à l'opération chirurgicale seulement lorsqu'il y aura, par suite de la tuméfaction de l'organe, une tendance à l'ectopie.

Hématome orbito-palpébral à répétition chez un hémophile.

M. VALUDE signale ce fait exceptionnel, la plupart des hématomes spontanés de l'orbite tenant à l'artériosclérose, aux suppléances menstruelles, parfois aux réflexes par troubles gastriques. Chez cette femme, non seulement la moindre pression déterminait une ecchymose ; mais le sang examiné par M. Chauffard à son laboratoire a montré que la coagulation en était très lente et qu'elle ne commençait qu'au bout de quinze minutes. Les éléments figurés du sang offraient leurs caractères normaux de nombre absolu et relatif. L'hémophilie était donc nettement établie. La ponction de l'hématome amena la cessation des douleurs ; un pansement compressif fit disparaître le gonflement et l'ecchymose palpébrale du voisinage. Après un mois de calme, les mêmes phénomènes se reproduisirent mais atténués; la simple compression suffit à les faire disparaître. Depuis lors, de temps à autre, survient au même point une tuméfaction bleuâtre et un peu douloureuse qui disparaît en deux ou trois jours sous l'influence d'un pansement compressif.

La septicémie muqueuse.

M. BABÈS décrit sous ce nom une infection mortelle caractérisée par un peu de fièvre, une anémie très intense, une paralysie faciale. Tous les vaisseaux et surtout ceux des méninges sont remplis d'une substance blanche muqueuse. L'examen bactériologique a montré l'existence, dans les divers organes, d'un « bacillus septicemiæ mucogenæ hominis », encapsulé, très court, qui cultive bien sur les milieux ordinaires. Ce bacille est pathogène pour les animaux de laboratoire, mais il ne reproduit pas la transformation muqueuse du sang.

Les autoplasties multiples dans une plaie très étendue.

M. DELBET présente une malade chez qui par une série d'autoplasties faites au moyen de la peau des seins il a pu guérir une brûlure énorme de tout le dos. La réparation est absolument complète et solide sans bride cicatricielle difforme. Ce fait fort intéressant comporte un certain nombre de conclusions, importantes en pratique : 1° on voit d'abord qu'en dédoublant les seins, chez les femmes qui les ont volumineux, on peut obtenir de vastes lambeaux sans peau d'emprunt; 2° la conservation de la vitalité de ces lambeaux est due à la rapide néoformation de bourgeons vasculaires, favorisée par deux conditions, le gref-

fage des bourgeons charnus de la plaie et l'asepsie; 3° la possibilité de transplanter plusieurs fois, de proche en proche, le même lambeau, en se servant comme pédicule des points précédemment greffés. est connu depuis les mémoires de V. Wagner et de von Hacker; mais les applications de ce procédé des lambeaux migrateurs sont assez rares; 4° les greffes de Thiersch peuvent rendre d'immenses services; mais, à plusieurs reprises, elles se sont montrées insuffisantes parce que les surfaces greffées étaient trop étendues; 5° les greffes de Thiersch, transportées d'une personne sur une autre, sont aléatoires. Toutes les greffes qui avaient été prises sur la jambe à amputer, et sur le mari de la malade, après avoir parfaitement pris, ont fini par se résorber entièrement; 6° on peut reprendre des lambeaux épidermiques, sur des points où en a déjà pris, lorsque l'excoriation produite par le premier emprunt s'est cicatrisée. Ainsi une même région peut devenir une mine, en quelque sorte inépuisable, de lambeaux épidermiques.

Élections.

L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Motet sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique. Voici l'ordre de classement : première ligne : M. Napias; deuxième ligne : (*ex æquo*) MM. Du Cazal, Josias, Laugier, Le Roy des Barres, A. J. Martin.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1897. — Présidence de M. Delens.

Chirurgie pulmonaire.

M. Quénu. — Certains chirurgiens ont été jusqu'à dire que l'ouverture large de la plèvre n'était pas dangereuse. Or, cette ouverture doit être redoutée, et la rétraction brusque du poumon peut chasser une quantité de sang trop abondante dans le cœur droit. Enfin, le contact de l'air avec la plèvre peut, par lui seul, être nuisible. Quel moyen thérapeutique employer? Il est certain que celui que j'ai à proposer n'a été employé que sur des chiens (augmentation de la pression dans l'arbre aérien). La trachéotomie est ce que je ferais volontiers chez un malade. La canule n'a pas besoin d'oblitérer absolument l'orifice. Il suffit qu'elle entre à frottement, pour que la pression du récipient d'air se transmette suffisante, dès qu'on ouvre le robinet.

M. Delorme a songé aussi à la pression intra-pulmonaire. Il croit que les efforts du malade sont assez puissants pour appliquer le poumon vers les côtes, si on peut le saisir et le suturer. La toux dans ce cas est extrêmement utile. Chez un malade, opéré d'une pleurésie partielle suppurée, l'entrée de l'air fit se rétracter le poumon. Il ordonna au malade de tousser, et put voir le poumon. Il le saisit avec une pince, put passer un fil et le fixer. A partir de ce moment, l'intervention se fit normalement. Dans certaines expériences, après avoir injecté de la cire dans le poumon, si l'on insuffle le poumon, on constate que si l'induration provoquée est profonde, le poumon ne bouge pas; si elle est superficielle, il se dilate et se porte aux côtes. Mais souvent, dans les cas de lésions moyennes, la partie non indurée est masquée par les parties saines et par suite dissimulée. Le procédé sur lequel compte M. Quénu ne donnera peut-être pas tous les avantages qu'il semble en attendre.

M. Picqué fait un rapport sur une observation envoyée par M. Bide (de Madrid) : *Exophthalmos pulsatile de l'œil droit; anévrysme artérioso-veineux; ligature de la carotide primitive; guérison.*

Chirurgie du goitre exophthalmique.

M. Lejars pense qu'il faut se garder d'opérer le goitre, car ici l'on observe des cas de mort subite dans une assez forte proportion. Il cite une observation très probante à ce point de vue. Une jeune fille de 16 ans fut soumise à l'extirpation du lobe droit. Mort rapide.

M. Tillaux. — C'est une question extrêmement importante que celle qu'à soulevée M. Lejars. J'ai cru longtemps que l'ophthalmie est d'origine mécanique (compression du paquet vasculo-nerveux du cou par le goitre). Il conclut qu'il faut opérer le goitre chirurgical, mais laisser avec grand soin le goitre médical.

M. B.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 14 janvier 1897.

M. Nélaton présente un malade atteint d'un *lupus traité chirurgicalement.* Un épithélioma s'était greffé sur le lupus. M. Nélaton en fit l'ablation, remplaça par un lambeau du bras la perte de substance, puis râcla et cautérisa au thermocautère le lupus.

M. Du Castel présente une malade atteinte de *lupus érythémateux disséminé avec folliclis des mains.*

MM. Hallopeau et Bureau font une communication sur un cas de *tuberculides acnéiformes et névrotiques.* Ce fait se rapproche beaucoup de ceux qui ont été décrits sous le nom de folliclis et rattachés à la tuberculose. Le caractère essentiel des éléments éruptifs est la présence, dans leur partie centrale, d'une pustulette qui fait bientôt place à une dépression cratériforme; plus tard, il se produit une cicatrice à bords taillés à l'emporte-pièce. Ces éléments sont disséminés sur toute la surface du tronc et des membres. Ils simulent des placards de lupus verruqueux dont ils se distinguent, en ce que l'on peut toujours les décomposer en leurs éléments initiaux. Le sujet, comme il est de règle en pareil cas, est atteint de tuberculose ganglionnaire.

M. Thibierge présente un malade atteint de *folliculite disséminée avec tuberculose ganglionnaire.* Il est atteint de cette affection désignée sous les noms de folliolis, folliculite disséminée, que M. Darier, frappé de son développement chez des tuberculeux, a récemment proposé d'appeler tuberculide. Dans le cas actuel, les lésions sont constituées par de petits nodules durs, enchâssés dans le derme, centrés par une pustulette, et donnant lieu à une cicatrice. Adénopathie tuberculeuse de l'aisselle et du cou.

M. Leredde fait une communication sur *l'éosinophilie chez les psoriasiques.*

M. Du Castel présente un enfant atteint de *tricophytie cutanée.* Ce sont des placards vésiculo-pustuleux rappelant l'eczéma; mais l'examen microscopique a permis d'y trouver le tricophyton.

MM. Hallopeau et Bureau présentent: 1° un cas de *pseudo-pelade en bandes;*

2° Un cas de *mycosis avec masque spécial et prurigo.* Ce masque est caractérisé par de larges placards de coloration rouge pâle à contours irréguliers et nettement limités. L'aspect du visage rappelle certaines formes de lupus érythémateux aigu. Il y a, en outre, du prurit qui s'accompagne de nombreuses lésions de prurigo, phénomène exceptionnel, dans le mycosis.

M. Galezowski fait une communication sur la *scrofule oculaire et ses relations avec la syphilis héréditaire.*

M. Brocq présente une femme atteinte de *télangiectasies en plaques des membres inférieurs.* On voit sur les membres inférieurs des taches rouges symétriques, s'effaçant pour la plupart par la pression et constituées par de très fines télangiectasies. De forme ovalaire et variant en dimensions d'une tête d'épingle à une pièce de cinquante centimes, elles sont au niveau de la peau. Cette femme est nerveuse et aussi syphilitique, fait qui a été noté dans d'autres observations. Il n'y a pas seulement troubles neuro-vasculaires, mais aussi un certain degré de processus inflammatoire.

Séance du 11 février 1897.

M. Du Castel présente une malade atteinte de *cylindrome de la région parotidienne.* La tumeur a débuté il y a 12 ans sous forme d'une nodosité blanchâtre. Opérée six fois, elle a récidivé six fois. La tumeur actuelle est volumineuse, lobulée et elle est le siège d'hémorrhagies : il y a de l'adénopathie. L'état général est resté bon. L'examen microscopique a montré qu'il s'agit d'un cylindrome, c'est-à-dire d'un épithéliome cal-

loïde à évolution lente et s'étant généralisée dans quelques cas.

M. DANLOS présente un malade atteint de *psoriasis et traité par l'arsenic*. Ce malade a pris des doses énormes d'arsenic sous forme de cacodylate de soude. L'acide cacodylique est l'acide arsénique diméthylé. On en peut donner de 0 gr. 15 à 0 gr. 75 par jour, dose équivalant à 0 gr. 30 et 1 gr. 50 d'arséniate de soude. Cet homme a fort bien supporté le traitement et son psoriasis qui datait de deux ans a été blanchi en deux mois.

MM. JACQUET et DELOTTE communiquent un cas d'*acanthosis nigricans sans carcinomatose*. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui est atteint depuis six ans de cette dystrophie pigmentaire et papillaire, et chez lequel n'existe aucun cancer. Mais une adénopathie abdominale paraît avoir retenti sur les plexus nerveux abdominaux, dont l'influence sur le développement des lésions de l'acanthosis semble évidente.

M. THIBIERGE présente un malade atteint de *pigmentation réticulée du cou*, ayant tous les caractères de la syphilide pigmentaire. Cet homme n'est pourtant pas syphilitique, mais tuberculeux cachectique.

MM. BALZER et GRIFFON présentent un malade atteint d'*érythème pigmenté réticulaire*. On voit à la face interne des genoux des arborisations pigmentaires anastomosées rappelant celle des femmes qui se servent de la chaufferette. Il y a de l'inflammation, car la pression est douloureuse. La lésion siège dans les réseaux capillaires superficiels de la peau.

M. JEANSELME présente un enfant atteint de cette affection familiale à laquelle on a donné le nom d'*aplasie moniliforme des cheveux*. On a insisté sur son caractère familial et, dans le cas présent, trois frères de cet enfant, son père et trois oncles ou tantes sont atteints de la même affection.

M. GASTOU fait une communication sur les *ulcères phlébitiques infectieux*. A côté des ulcères variqueux, il existe des ulcères de jambe que M. Fournier a montré être d'origine syphilitique. Il en est d'autres qui résultent de phlébites survenant dans le cours de maladies infectieuses. Ils siègent aux membres inférieurs, sont multiples, de petites dimensions : ce sont des ulcérations cupuliformes à évolution lente. Ils ne s'accompagnent pas de varices. Ils sont entourés d'une zone pigmentée irrégulière.

M. THIBIERGE présente une femme atteinte d'*érythème récidivant desquamatif de la paume des mains et de la plante des pieds*.

M. FOURNIER présente un vieillard *syphilitique* chez lequel se voient des *exostoses multiples*, des lésions articulaires et une amyotrophie à peu près généralisée d'origine probablement médullaire.

M. FOURNIER présente une malade atteinte d'*érythème syphilitique tertiaire*, lésion superficielle et pourtant tardive de la syphilis. Ce sont de vastes placards circinés.

MM. HALLOPEAU et BUREAU font une communication *sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques*. P. R.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

M. le Dr Ch. FERNET.

M. Ch. FERNET, qui vient d'être élu à l'Académie de Médecine, est né à Paris le 8 février 1838. Interne des hôpitaux en 1861, il eut la deuxième mention des prix de l'internat en 1863 et obtint la médaille d'or en 1864. Docteur en médecine en 1865 avec une thèse sur le *rhumatisme articulaire aigu et ses diverses manifestations*, il concourut pour les hôpitaux et l'agrégation et la même année 1872, il était nommé professeur agrégé et médecin des hôpitaux. Dans cet intervalle, outre de nombreux travaux, il avait publié deux thèses d'agrégation remarquées, l'une sur la *diathèse urique* (concours de 1869), l'autre sur *les tremblements* (concours de 1872). Cette thèse sur les tremblements relatait les nouvelles expériences de Marcy et de Brouardel et ajoutait de sérieuses données de physiologie pathologique à une remarquable étude clinique.

Admis à la Société Anatomique (1864), à la Société de Thérapeutique en 1866, société dont il fut président en 1889, à la Société médicale des Hôpitaux qu'il présida aussi en 1893, M. Fernet fut pour ces sociétés un membre assidu et effectif et prit une part régulière à leurs travaux et à leurs discussions ; de savants rapports, des communications nombreuses signées de lui tiennent une bonne place dans les comptes rendus de ces savantes sociétés. On doit en outre à M. Fernet une cinquième édition du *Guide de Valleix*, de nombreux articles du *Nouveau Dictionnaire de Médecine* (bronche, convalescence, diaphragme, dysphagie, hémophysie, métastase; paralysie agitante, pathologie des plèvres, etc.); la cinquième édition du *Traité de diagnostic médical* de Racle ; un travail paru dans les Archives générales de Médecine, intitulé *de la sciatique et de sa nature*, où il établit que cette maladie est fréquemment une névrite. Les autres travaux de M. Fernet ont surtout trait à la pneumonie, à la fièvre typhoïde, à la tuberculose et aux pleurésies.



M. le Dr FERNET (de Paris).

Comme professeur, M. Fernet fit à l'Ecole pratique, de 1867 à 1870, un cours public de pathologie interne; en 1874-1875, il suppléa le professeur Axenfeld dans son cours de pathologie interne à la Faculté et fut encore chargé en 1878-79 du cours officiel supplémentaire de pathologie interne. Mais, où M. Fernet fut surtout apprécié, ce fut dans ses leçons cliniques à l'hôpital Beaujon. Elève de Monneret, de Barthez, de Lasègue, de Noel Guéneau ; de Mussy, M. Fernet est un parfait clinicien dont les élèves studieux se disputent le service. Ce n'est pas tout; la principale et la meilleure qualité de M. Fernet est d'être un bon médecin. L'Académie compte de grands savants, des hygiénistes, des bactériologistes de mérite, des anatomistes, des chimistes distingués; mais elle compte peu de médecins aussi parfaits que M. Fernet. Doux avec les malades, pour lesquels il sait trouver au cas échéant la bonne parole qui console au moment ultime, M. Fernet a tenu toujours à honneur de se faire considérer par les praticiens les plus modestes comme un véritable confrère. Active est la part qu'il a prise aux travaux des associations professionnelles de Paris et il fut un des premiers à soutenir de ses conseils et à fortifier de son exemple les médecins tenus de vivre de leur art et d'exercer uniquement leur profession. Aussi le corps médical parisien tout entier applaudira avec nous à l'entrée de M. Fernet à l'Académie de Médecine. J. NOIR.

HÔPITAUX DE NANTES. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hospices de Nantes s'ouvrira le lundi 27 avril 1897, à l'Hotel-Dieu de Nantes.

CORRESPONDANCE

Médecins sanitaires.

Le Président du Syndicat professionnel des Médecins de Marseille nous adresse la lettre suivante :

Marseille, le 8 janvier 1897.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de soumettre à votre jugement et à votre appréciation les revendications formulées par le Syndicat des Médecins de Marseille, au sujet du décret du 4 janvier 1896, portant création des médecins sanitaires. Ce décret restreint les prérogatives et les droits que le diplôme donne à tout docteur en médecine, exerçant sur le territoire français, en obligeant le médecin à subir un second examen pour remplir la fonction de médecin sanitaire, attribut de tout temps et en tout pays conféré par la Faculté. Ce décret constitue une violation manifeste par l'Etat, de ses engagements, puisque, après avoir accordé aux docteurs la pratique de leur art sur tout le territoire français, il limite ce droit, restreint ce pouvoir, amoindrit par une illégalité ce titre de docteur. Demain, un autre décret assujettira les médecins de nos départements frontières, ou nos médecins coloniaux à subir de nouveaux examens ou de nouvelles tracasseries administratives, comme si le territoire n'était pas toujours un, qu'il soit navire, colonie ou Métropole. Sous ses allures de protection hygiénique, M. le Ministre de l'Intérieur n'oblige pas seulement un docteur en médecine, un professeur de n'importe quelle Faculté, à subir de nouvelles épreuves pour obtenir l'autorisation de prescrire des ordonnances sur un paquebot ou dans un port de mer; en outre, il transforme le médecin en un agent informateur qui sera tenu de fournir un rapport périodique sur le service du bateau, ce qui lui vaudra avec la même périodicité sa mise à pied de la part de la compagnie qui le paie pour soigner ses malades et maintenir l'hygiène de son bord. Si le service sanitaire des bateaux est mal assuré aujourd'hui, où très souvent le poste important de médecin est confié à un simple étudiant, qu'en sera-t-il, alors que le médecin sanitaire rencontrera devant lui une barrière, le décret, une épée de Damoclès, la compagnie, prête à le remercier à chaque rapport mensuel? Le gouvernement veut des médecins sanitaires spéciaux? qu'il les paie, qu'il en fasse ses agents ; alors l'examen, le concours, le choix, seront des moyens de bon aloi que personne ne lui contestera. Ce décret, illégal dans son principe, nécessite dans son application la création d'un jury qui, sans examen, confère à quarante ou cinquante médecins ayant navigué le nom de médecins sanitaires sans titre ; c'est-à-dire qu'ils sont reconnus médecins sanitaires sans avoir le droit de le dire. Ce jury, composé d'un médecin sanitaire en chef, arrivé à cette situation par son mérite personnel, mais sans examen ni concours; d'un professeur d'hygiène pour qui la lèpre, la fièvre jaune, la dengue seront pratiquement une nouveauté comme pour le candidat, ce jury fera passer un examen faisant double emploi avec celui de doctorat (la peste, le choléra, la fièvre jaune, la microbiologie étant autant de questions exigées par la Faculté pour le titre de docteur en médecine), ce jury refusera ou admettra comme médecin sanitaire un docteur en médecine son égal au point de vue scientifique et un professeur de Faculté son maître. Ce décret, sans aucun profit pour l'hygiène internationale, confiée chez nos voisins à de simples médecins, rapetisse aux yeux de l'étranger la valeur du médecin français déprécie notre titre de docteur, car, en France seulement, pareil examen est exigé. C'est une violation des droits conférés par les lois du 19 ventose an XI et du 30 novembre 1892, lesquelles n'autorisent pas le Ministre à modifier la situation des docteurs en médecine *actuellement pourvus de leur diplôme*; c'est la suppression de la protection que nous a donnée le gouvernement par les mains du Ministre de l'Instruction publique et qu'il nous retire par le décret du Ministre de l'Intérieur. Profondément ému par ces considérations et pénétré du tort fait à notre profession, le Syndicat des Médecins, réuni en assemblée générale le 17 décembre 1896, a émis le vœu suivant, et confié à MM. les députés des Bouches-du-Rhône et aux médecins, députés de la Chambre, le soin de défendre nos intérêts lésés.

VŒU : « *Tous les docteurs en médecine français n'ayant pas subi de condamnation, diplômés avant la promulgation du décret du 4 janvier 1896, ne seront pas tenus de passer un examen pour obtenir le titre de médecin sanitaire; ce titre leur sera accordé sur simple demande faite au service de la santé.* »

Le Syndicat des Médecins de Marseille, confiant en votre concours, vous prie d'intéresser les députés à la défense de nos droits et d'agir avec nous simultanément pour faire porter la question à la Chambre dès les premiers jours de janvier.

Veuillez agréer, Monsieur et cher collègue, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Président du Syndicat des Médecins de Marseille,
Dr MACHON-BEY.

BIBLIOGRAPHIE

Cours de Minéralogie biologique; par M. S. GAUBE (du Gers). — A. Maloine, éditeur, 21, place de l'Ecole-de-Médecine.

M. le Dr Gaube professe chaque année un cours de minéralogie biologique et a réuni ses leçons dans le volume que nous présentons aujourd'hui au lecteur. Dans ce cours, l'auteur s'occupe des minéraux qui entrent dans la constitution des plantes, des animaux et de l'homme ; il les étudie dès leur origine et les suit dans toutes leurs combinaisons biologiques, dans leurs rapports avec la matière protéique et avec la matière azotée. L'ouvrage actuel comprend douze leçons. Dans la première, M. Gaube constate que la vie est impossible sans matière minérale et il étudie d'abord à ce point de vue l'*hydrogène* et l'*oxygène* et, par conséquent, l'*eau*. Dans les leçons suivantes, il passe en revue le rôle des métaux que l'on rencontre dans l'organisme et qui sont : le *potassium*, le *sodium*, *calcium*, *magnésium*, *fer* et *manganèse*, *zinc*, *cuivre*, *lithium*, *prolidium*, *cœsium* et *silicium*. Les métalloïdes sont moins nombreux, mais non moins importants. Citons le *soufre*, le *phosphore*, le *chlore*, le *fluor*, l'*iode* et le *bore*. La dernière leçon est consacrée à l'étude du *carbone*, de l'*azote* et de l'*argon*. On peut juger, par cet aperçu rapide, de l'intérêt que présente le livre publié par M. le Dr Gaube, qui consacre avec succès tous ses efforts à créer une branche nouvelle de la science : la *Minéralogie biologique*. P. YVON.

Technique médicale des rayons X; par A. BUGUET, professeur de physique biologique à l'Ecole de médecine de Rouen. — Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

L'auteur a écrit ce livre non pour le médecin qui peut disposer des merveilleuses ressources des laboratoires, mais pour le praticien isolé qui souvent, aujourd'hui, ne voit même pas s'il lui sera possible d'adjoindre à son outillage professionnel le complément nécessaire à la nouvelle méthode : si ce praticien ne peut même arriver à fixer sur les papiers sensibles les images fournies par les rayons X, il pourra tout au moins avoir recours à la *radioscopie*, qui marque sur l'écran fluorescent des silhouettes le plus souvent suffisantes pour fournir des renseignements probants. M. Buguet étudie d'abord la bobine d'induction, puis les diverses sources d'électricité qui permettront de faire fonctionner cet appareil, et décrit ensuite les accessoires qui sont indispensables pour obtenir un bon fonctionnement. Dans le chapitre IV, il passe en revue le tube de Crookes, puis toutes les modifications que l'expérience et l'habileté des constructeurs lui ont fait subir, afin d'accroître la production et l'énergie des rayons X. Le chapitre V est consacré à l'étude de la *radioscopie* et l'auteur, après avoir décrit l'*écran fluorescent*, fait connaître toutes les conditions dans lesquelles doit se placer l'expérimentateur pour obtenir des résultats aussi satisfaisants que possible. M. Buguet aborde ensuite l'étude de la *radiographie*, donne des renseignements sur le choix des plaques sensibles, leur mode d'empaquetage, l'installation du matériel et l'opération proprement dite. Il termine par des renseignements techniques indispensables pour les expérimentateurs qui ne sont pas familiarisés avec les manipulations photographiques. Cet ouvrage, dont l'importance et l'actualité n'échapperont à personne, mérite d'attirer l'attention des lecteurs. P. YVON.

VARIA

La Conférence sanitaire de Venise.

Le 16 février 1897 a eu lieu, à Venise, la séance d'inauguration de la Conférence internationale sanitaire, dans la grande salle du Palais-Royal.

M. le sous-secrétaire d'Etat aux affaires étrangères a salué les délégués des puissances, au nom du roi d'Italie. Il a remercié aussi, au nom du gouvernement, pour le choix fait, pour la troisième fois, de l'Italie, et, pour la deuxième fois, de Venise, comme siège de conférences sanitaires internationales. Le comte Bonin espère qu'un accord général s'établira. La peste, qu'on croyait ne plus avoir à craindre, dévaste des contrées entières et menace l'Europe. La conférence est appelée justement à pourvoir à ce que les dispositions prises par chacun dans la sphère d'action de sa souveraineté se complètent par les dispositions analogues des autres Etats.

Le délégué d'Autriche-Hongrie a remercié le comte Bonin au nom de l'assemblée pour les paroles courtoises et cordiales qu'elle venait d'entendre et l'a prié de transmettre au roi d'Italie les hommages respectueux de la conférence. La tâche qui incombe à celle-ci est de compléter l'œuvre de Venise, de Dresde et de Paris, en examinant jusqu'à quel point les décisions prises alors contre le choléra peuvent s'appliquer également contre la peste. Un autre point non moins important est celui d'arriver enfin à la ratification des décisions de la conférence de Paris, actuellement encore en suspens. Le délégué d'Autriche-Hongrie a constaté la vive satisfaction qu'a éprouvée son gouvernement de l'accueil sympathique qu'a reçu son invitation de tous les gouvernements et il a prié le comte Bonin de bien vouloir accepter la présidence de la conférence.

Le comte Bonin a pris place au siège de la présidence, en remerciant de l'honneur fait au pays qu'il représente. Il fait appel à la bienveillancce et à l'esprit de concorde de la conférence et en déclare les travaux commencés. Le comte Bonin a communiqué aussi une lettre du maire de Venise saluant les représentants étrangers. Après la désignation des secrétaires, lecture est donnée du programme des travaux proposés par le gouvernement d'Autriche-Hongrie. La conférence a décidé d'ouvrir dès le 17 février la discussion sur son programme.

La Peste aux Indes.

On mande de Calcutta le 17 février que le gouvernement a annoncé qu'il avait interdit dans tous les ports de l'Inde l'embarquement des pélerins venant de Bombay ou du Sindh. Tous ceux qui sont déjà arrivés à Bombay ou au Sindh dans le but de s'embarquer pour l'Arabie seront immédiatement envoyés dans des campements et maintenus en observation jusqu'à ce que les autorités médicales aient déclaré que les risques de peste ont diminué. Les pèlerins seront alors renvoyés dans leurs foyers aux frais du gouvernement.

On mande de Constantinople le 10 février : « La quarantaine imposée aux provenances des Indes est portée à quinze jours. Dans le cas où la peste se déclarerait à bord des navires après leur arrivée au lazaret, la quarantaine serait portée à vingt jours pour les voyageurs. La désinfection sera rigoureusement appliquée. Toutefois, les navires de cette dernière catégorie auront la faculté de retourner à leur pays d'origine. Les mêmes mesures seront appliquées aux provenances du littoral du Béloutchistan jusqu'à la frontière de Perse. En outre, les voyageurs chiites et les cadavres des fidèles provenant des Indes, du Béloutchistan, de tout le littoral persan du golfe Persique, ainsi que de toute la frontière persane, depuis l'embouchure du Chat-el-Arab jusqu'à Bayazid, ne pourront pas entrer en Turquie.

La défense en France. — Par décret, en date du 9 février 1897, le gouvernement vient de fermer le port de Marseille aux marchandises et aux passagers en provenance de Bombay, de Kuratchi et des autres ports contaminés de peste. La mesure a été prise sur la demande même et les instances réitérées de la municipalité de Marseille.« Nous voilà bien loin, dit M. Lereboullet, du régime quarantenaire ancien, dont le commerce se plaignait si vivement, mais plus loin encore des dispositions rationnelles et libérales promulguées par le règlement sanitaire maritime de 1896, conformément aux doctrines soutenues par les délégués français aux conférences internationales de Venise (1892), Dresde (1893) et Paris (1895), doctrines qui avaient trouvé un accueil si favorable auprès des délégués des grandes puissances. Il ne nous appartient pas de chercher pour quelles raisons le gouvernement a dû céder aux instances des représentants de Marseille et prendre des mesures aussi rigoureuses ; mais il est permis de se poser les deux questions suivantes : 1° Les mesures édictées pour Marseille étaient-elles indispensables? 2° Protègent-elles efficacement la ville et le pays? » Pour tous les médecins au courant de ces questions, la réponse est claire. Nous n'insistons pas. Décidément, M. Monod n'a pas très bien inspiré notre ancien condisciple, M. Barthou, ministre de l'Intérieur.

La défense à Marseille. — Le conseil sanitaire de Marseille a émis le vœu que le traitement appliqué à Marseille le soit également aux autres ports de France et que le gouvernement réclame à la conférence de Venise un traitement analogue pour toutes les nations représentées à cette conférence. Le conseil a adopté aussi à l'unanimité le vœu que des mesures soient prises d'urgence pour assurer la désinfection des marchandises au lazaret du Frioul. Le conseil municipal a émis, également, le vœu suivant, que nous reproduisons à titre de curiosité :

Considérant que les mesures sanitaires nécessaires pour empêcher l'invasion de la peste en Europe ne sauraient avoir d'effet utile que si elles ont un caractère général; considérant que le décret du 10 février portant prohibition absolue pour les ports de la Méditerranée permet aux navires venant des pays pestiférés l'accès de certains ports français; considérant qu'une pareille mesure laisse la France exposée à l'invasion du fléau ; considérant d'autre part que les ports de la Méditerranée sont ainsi, sans utilité pour la santé publique, lésés profondément dans leurs intérêts matériels; attendu que les moyens de désinfecter l'universalité des marchandises ne sont point encore scientifiquement déterminés, et que, seraient-ils connus, ils ne peuvent être encore appliqués dans les ports français faute d'installations suffisantes; attendu que le gouvernement ne saurait volontairement sacrifier les intérêts matériels de quelques ports français aux intérêts de certains autres ports; attendu que sa seule préoccupation doit être la sauvegarde de l'hygiène publique nationale et qu'il doit prendre des mesures d'ordre absolument générales, le conseil municipal émet le vœu que le décret du 10 février soit rapporté et qu'un traitement égal soit imposé à tous les ports français; émet, en outre, le vœu que la France dans la conférence sanitaire de Venise exige qu'un traitement égal soit imposé à tous les ports des nations représentées à ladite conférence.

Divers journaux annoncent que M. Charles-Roux, député, a donné sa démission de membre de la chambre de commerce de Marseille pour protester contre les mesures sanitaires prises par le ministre de l'intérieur. En réalité, avec le président de cette chambre, qui se trouve actuellement à Paris, M. Charles-Roux fait d'actives démarches pour faire rapporter ces mesures qui, déclare-t-il, sont « absurdes ». « En effet, ajoute le député des Bouches-du-Rhône, ces mesures ruinent *inutilement* le commerce de Marseille, les voyageurs, les marchandises et le courrier qui proviennent des Indes étant débarqués à Brindisi et entrant en France par Modane sans être soumis à aucune inspection sanitaire. »

Le sérum antipesteux. — L'institut Pasteur a expédié à Marseille cinq litres de sérum antipesteux de M. le Dr Yersin. On fera des expéditions analogues dans les divers ports à mesure de la production du sérum à l'institut Pasteur. M. B.

La peste du bétail en Afrique australe.

On télégraphie de Capetown que M. le Dr Koch aurait découvert le vaccin de la peste du bétail. Ce vaccin appellerait l'immunité dans un délai de quinze jours. Le Dr Koch serait persuadé, si l'on en croit cette dépêche, que par son procédé la peste peut être radicalement supprimée dans un temps très court.

La Loi sur la Santé publique au Sénat (*suite*) (1).

La rédaction nouvelle proposée par la commission pour le chapitre 3 concernant les mesures sanitaires relatives aux immeubles a été combattue par M. de Carné, qui a proposé de l'amender.

(1) Voir le numéro précédent.

Après un débat auquel ont pris part MM. Buffet, Cordelet et de Carné, l'amendement de ce dernier a été repoussé par 115 voix contre 86. Le texte nouveau de la commission, qui exige une autorisation du maire pour construire, a été adopté par 126 voix contre 83.

M. Volland a demandé la suppression des articles 11, 12, 13 et 14 proposés par la commission pour la procédure à suivre pour les autorisations de bâtir.

L'article 11 de la commission a été supprimé par 190 voix contre 17; les articles 12 à 14 ont été supprimés à mains levées; ils ont été remplacés par un article de M. Volland, ainsi conçu :

Si les travaux prescrits n'ont pu être exécutés, le tribunal correctionnel saisi de l'affaire, conformément à la loi de 1850, autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office aux frais des condamnés. En cas d'interdiction d'habiter, s'il n'y a pas été fait droit, le tribunal autorise également le maire à expulser les occupants de l'immeuble.

Au chapitre 4 (mesures sanitaires relatives aux localités), M. Milliès-Lacroix a demandé la suppression de l'article 20 qu'il a trouvé excessif. M. Brouardel, commissaire du gouvernement, a montré, par une série d'exemples saisissants, combien l'hygiène publique, combien la conservation de la population française sont intéressées à ce que les municipalités prennent toutes les mesures hygiéniques aujourd'hui reconnues nécessaires. M. Buffet, tout en reconnaissant le bien fondé des observations de M. Brouardel, a dit qu'il fallait songer aussi aux ressources des communes; on ne peut leur demander l'impossible. M. Cornil a défendu l'article 20. M. Treille (de Constantine) a dit qu'il faut se défier des formules absolues et qu'en particulier il ne suffit pas d'avoir de la bonne eau pour écarter la fièvre typhoïde des troupes. Cela résulte d'un ensemble de mesures et de précautions. Il faut les prendre. Mais il ne faut pas non plus exiger des communes des sacrifices qu'elles ne peuvent effectuer. M. de Freycinet a insisté sur la nécessité qu'il y a, au point de vue de l'armée, à prendre toutes les mesures préservatrices d'hygiène qui sont aujourd'hui recommandées. Il appuie donc l'article 20, tout en reconnaissant que les communes doivent être consultées. La solution peut-être consisterait à saisir chaque fois le Parlement sous la forme de projets d'intérêt local. M. Cordelet a remercié M. de Freycinet de son intervention et de son appui. L'article 20, modifié dans un sens libéral par la commission, a été adopté ainsi que l'article 21.

M. Volland estime que l'article 22 présenté par la commission créait par l'inspection sanitaire une nouvelle armée de fonctionnaires, absolument inutiles. Il a proposé de supprimer cet article et il l'a remplacé par des dispositions atteignant le but désiré, en ayant l'avantage de faire œuvre de décentralisation. M. Brouardel, commissaire du gouvernement, a combattu l'amendement et soutenu les propositions de la commission : elles sont appliquées dans tous les pays qui n'ont fait, d'ailleurs, que se conformer au vœu des savants français. M. Treille a soutenu l'amendement. Il a combattu l'institution d'un *inspecteur départemental* de l'hygiène. Ce fonctionnaire, dit-il, aura le droit de pénétrer dans les familles où il pourra troubler les épanchements de deux époux, et M. Brouardel a avoué qu'il n'avait pas songé à cela, tandis que M. Barthou, ministre de l'intérieur, répondait : « L'amour n'exclut pas l'hygiène, » D'où la réplique forcée de M. Monis : « Où il y a de l'hygiène il n'y a pas de plaisir ». M. Treille a conclu en repoussant l'article 22 comme coûteux et vexatoire pour les communes et les citoyens. M. Cornil, rapporteur, défend en vain le système proposé par la Commission, car l'*article 22 de la Commission a été repoussé par* 197 *voix contre* 38. On lui a substitué l'amendement Volland, ainsi conçu :

« A défaut du maire, refusant ou négligeant de saisir la commission communale des cas intéressant la santé publique, le préfet peut la convoquer d'office. Si le préfet estime qu'il y a lieu, pour assurer l'exécution de la présente loi, d'organiser un service de contrôle et d'inspection, il ne peut y être procédé qu'en suite d'une délibération du Conseil général réglementant les détails et le budget du service. »

L'article 23, qui était la conséquence de l'article 22, a disparu. Les articles 24 à 28 ont été renvoyés à la commission consultative d'hygiène publique. Dans ces conditions, M. Berthelot a dû demander l'ajournement de la discussion et l'ajournement a été prononcé.

C'est un enterrement de première Classe pour la loi en question. — C'est tout ce qu'on peut faire pour l'hygiène dans notre pays. Allons, nous allons bien et dire qu'un grand journal de médecine trouve cela très bien !

Le service médical de nuit.

Le *Bulletin municipal* publie, cette semaine, l'arrêté ci-après du préfet de police organisant le service médical de nuit à dater du 15 février 1897 :

Article premier. Toute personne qui, pendant la nuit, aura besoin de soins médicaux immédiats peut faire requérir au poste de police de son quartier l'assistance d'un médecin. — Art. 2. Un gardien de la paix chargé de requérir le médecin de service l'accompagnera chez le malade, lui délivrera, à l'issue de la visite, un bon d'honoraires et le ramènera à son domicile. — Art. 3. Le service de nuit fonctionne de dix heures du soir à sept heures du matin, du 1er octobre au 31 mars, et de onze heures du soir à six heures du matin du 1er avril au 30 septembre. — Art. 4. Tout docteur médecin, pourvu d'un diplôme d'une Faculté française, peut, comme les années précédentes, se faire inscrire sur la liste des médecins de nuit du quartier qu'il habite. Les officiers de santé, précédemment inscrits au service de nuit, sont exceptionnellement admis à participer au service réorganisé. — Art. 5. Un service d'alternat sera établi dans chaque quartier. Suivant son importance, deux ou plusieurs médecins seront désignés pour assurer de concert le service de la nuit. Un tableau dressé à cet effet sera affiché dans chaque poste de police et communiqué au personnel médical. — Art. 6. Les honoraires des médecins et sages-femmes appelés pour les accouchements, restent, comme par le passé, fixés à 20 fr. par accouchement simple et 40 fr. par accouchement double suivi de délivrance. Le dérangement pour un accouchement non terminé rentre dans la catégorie des visites ordinaires. — Art. 7. Les honoraires des médecins pour les visites ordinaires sont réglés ainsi qu'il suit : Une somme fixe, calculée d'après le nombre moyen des appels constatés dans le quartier pendant les trois dernières années au taux de 10 fr. la visite, est allouée annuellement à chaque quartier de Paris. Cette somme sera répartie, par trimestre, entre les médecins en exercice dans le quartier, au prorata du nombre des visites qui auront été effectuées par chacun d'eux. — Art. 8. Le remboursement des honoraires payés par le budget municipal aux médecins sera recouvré sur les malades non indigents, à raison de 10 fr. par visite simple, de 20 fr. par accouchement simple et de 40 fr. par accouchement double, à la diligence de MM. les percepteurs de Paris sur la production de bulletins individuels transmis par le service de la comptabilité. — Art. 9. Le secrétaire général et le directeur de la police municipale sont chargés de l'exécution du présent arrêté. *Le préfet de police*, LÉPINE.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 22. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Delbet, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Ricard, Tuffier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Widal.

MARDI 23. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Hutinel, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Berger, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Raymond, Chantemesse. — (2e *série*) : MM. Cornil, Marie, Letulle.

MERCREDI 24. — Médecine opératoire : MM. Ricard, Poirier, Sébileau.—3e *de Doctorat*, oral, (1re *partie*) : MM. Peyrot, Lejars, Bonnaire.

JEUDI 25. — 3e *de Doctorat*, oral. (1re *partie*) : MM. Guyon, Pozzi, Bar.

VENDREDI 26. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série*) : MM. Humbert, Broca, Walther. — (2e *série*) : Peyrot, Lejars, Thiéry. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Chauffard, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 27. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Roger. — (2e *série*) : MM. Raymond, Hutinel, Ménétrier. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 24.—M. Curié. Des synovites chroniques tendineuse de la face dorsale du poignet. — M. Péchin. Du traitement des tumeurs blanches par les injections antiseptiques intra-articulaires. — M. Judet de la Combe. Recherches cliniques et expérimentales sur l'emploi d'une solution saline dans les cas d'hypothermie post-opératoire. — M. Ramond. De l'emploi d'un collodion à l'huile de cade dans les affections de la peau. — M. Fialon. De la cirrhose du foie d'origine saturnine. — M. Ouvry. Etude de la mole hydatiforme. — M. Lemasle. La desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. Laroulandie. De l'airol comme succédané de l'iodoforme.

JEUDI 25. — M. Davaine. Etude comparative du rhumatisme articulaire aigu et des poussées aigues de rhumatisme chronique. —M. Lorcin. Etude sur la mortalité et la morbidité dans la classe ouvrière à

Paris. — M. Cherechewski. Le sens musculaire et le sens des attitudes. — M. Couture. La fièvre typhoïde chez l'enfant et son séro-diagnostic. — M. Rouher. Zona prémonitoire de la tuberculose. — M. Roux. Etude de quelques formes rares de contractures hystériques. — M. Kuss. Une nouvelle théorie de l'asthme. — M. Millienne. Contribution à l'étude de la psittacose. — M. Bonsignorio. Essai sur le traitement conservateur des blessures graves de l'œil. — M. Fressoir. Ouverture des abcès dans la trachée. — M. Guillaume. Contribution à l'étude de l'intubation laryngée dans le croup. — M. Lemichez. De l'hématocèle paravaginale. (Variété de l'hématome extravaginal des auteurs).

NÉCROLOGIE.

M. le Pr Edme BOURGOIN (de Paris).

Un homme qui occupait un certain nombre de places, et qui, à ses débuts, avait eu les idées larges et généreuses, M. Alphonse-Edme Bourgoin, vient de succomber subitement à Paris, à l'âge de soixante et un ans.

Chacun connaît la physionomie de ce maître indépendant, à la fois homme politique et homme de science, membre de l'Académie de médecine et Député, qui dirigeait à Paris les services pharmaceutiques de l'Assistance publique.

M. Bourgoin était né à Saint-Cyr-les-Colons (Yonne) en 1836. Docteur en médecine, docteur ès sciences physiques, pharmacien en chef des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine en 1866, professeur agrégé à l'école de pharmacie en 1869, nommé professeur de pharmacie galénique à l'Ecole de Pharmacie de Paris en 1877, puis directeur de la Pharmacie centrale des Hôpitaux de Paris, il avait été nommé membre de l'Académie de médecine en 1879 pour la section de pharmacie.

Il avait été élu pour la première fois Député aux élections générales de 1893, dans l'arrondissement de Vouziers, contre le baron Ladoucette.



M. le Pr Bourgoin (de Paris).

Bourgoin, comme chimiste, se distingua de bonne heure par trois thèses, dont deux d'agrégation, qui sont remarquables. Une de chimie : *De l'isométrie* (1866) ; une d'électro-chimie : *Nouvelles recherches électrolytiques* (1868) ; une de chimie organique : *Les alcalis organiques* (1869). Il faut en rapprocher : *De la pulvérisation des liquides médicamenteux*, thèse de Paris, 1863, 32 p., n° 142. On a de lui aussi un *Traité de pharmacie galénique*, Paris, Delahaye, 1880, 829 p., 8°. Il fut l'un des collaborateurs principaux de l'*Encyclopédie chimique* de Frémy. — Voici ses principaux mémoires : De l'alimentation des enfants et des adultes dans une ville assiégée et en particulier de la viande de cheval. (Delahaye, A. Paris, 1870, 28 p., 8°). — Sur la solubilité de l'iodure mercurique dans l'eau et dans l'alcool. (Bull. Acad. Paris. 1884, 2. s., XIII, 1258-1260). — Urée. (Dict. encycl. d. sc. Méd. Paris. 1886, 5, s., 1, 101-108). — Emétique. Dict. encycl. d. sc. Méd. Paris. 1887, 1. s., XXXIV, 20-35). — Note sur l'emploi du sulfate d'indigo comme réactif de la myéline. (Compte rend. Soc. d. Biol. Paris, 1887, 8. s., IV, 252). — Dimethyloxyquinizine, antipyrine, analgésine. (Bul. Acad. d. méd. Paris. 1882, 2. s., XIX, 558, — La thérapeutique jugée par les chiffres. (Gaz. des hôp., Toulouse, 1888, ii, 275 ; 281 ; 293 ; 298 ; 307 ; 314 ; 330). — La thérapeutique jugée par les chiffres. (Bull. gen. d. thérap. Paris. 1888, CXV, 145 ; 207). — Vin (pharmacologie). Dict. encycl. d. sc. méd. Paris, 1895. 5. s., III, 640-642). — Vésicatoires. (Dict. encycl. d. sc. méd. Paris. 1889, 5. s., III, 191-193). — Vératrine (pharmacologie). (Dict. encycl. d. sc. méd. Paris. 1889, 4. s., XVII, 390-393), etc., etc.

Dans les dernières années de sa vie, il s'était signalé par son opposition quelque peu systématique aux idées de Pasteur et de ses successeurs, et surtout par la constante opposition qu'il manifesta à l'introduction des travaux pratiques de laboratoire dans l'enseignement des hautes études. On se souvient encore du discours qu'il prononça l'année dernière à la Chambre des députés, dans lequel il combattit les subventions à accorder aux laboratoires et en particulier, l'excellente proposition d'un député qui n'est pas un homme de science, M. Audiffred. Cette sortie intempestive, de la part d'un homme qui occupait... tant de places dans les laboratoires, fit un effet désastreux, et lui amena une assez vive réplique de la part d'un professeur de la Faculté de Médecine. Tous les amis de Bourgoin furent péniblement surpris de cette manifestation inutile, qui leur parut tout à fait en désaccord avec l'amour du Progrès scientifique, que ce savant eut toujours à cœur. Marcel Baudouin.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, a commencé les deux cours suivants, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5 : 1° le 21 janvier, à 4 heures : technique microscopique et manipulations pratiques avec exercices de diagnostic d'histologie pathologique ; 2° le 1er février, à 2 heures : technique bactériologique avec manipulations et étude des principaux microbes pathogènes. Ces cours, essentiellement pratiques, sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit tous les jours, de 1 h. à 2 h., chez M. le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra).

Nous attirons l'attention de nos Lecteurs sur le Catalogue des livres au rabais joint à ce numéro.

NOUVELLES

Natalité à Paris. — Du dimanche 31 janv. au samedi 6 fév. 1897, les naissances ont été au nombre de 1.171, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 413, illégitimes, 166. Total, 579. — *Sexe féminin* : légitimes, 415 ; illégitimes, 177. Total, 592.

Mortalité à Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 31 janv. au samedi 6 fév. 1897, les décès ont été au nombre de 1.120, savoir : 593 hommes et 527 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 3, T. 5. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 11, F. 7, T. 18. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 3, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 9, F. 1, T. 10. — Grippe : M. 1, F. 4, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 133, F. 70, T. 203. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 10, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 9, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 24, F. 35, T. 59. — Méningite simple : M. 16, F. 13, T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 15, F. 30, T. 45. — Paralysie, M. 3, F. 13, T. 16. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 3, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 44, T. 73. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 11, T. 22. — Bronchite chronique : M. 22, F. 22, T. 44. — Broncho-pneumonie : M. 40, F. 34, T. 74. — Pneumonie : M. 26, F. 16, T. 42. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 44, F. 30, T. 74. — Gastro-entérite, bi-

beron : M. 9, F. 7, T. 16. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 3 T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 3, F. 3, T. 6. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 — Débilité congénitale : M. 16, F. 17, T. 33. — Sénilité : M. 20, F. 30, T. 50. — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14 — Autres morts violentes : M. 15, F 9, T. 24. — Autres causes de mort : M. 88, F. 77, T. 165. — Causes restées inconnues : M. 0, F 0, T. 0.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 124, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 52, illégitimes, 19 Total : 71 — *Sexe féminin* : légitimes, 43, illégitimes, 10 Total 53.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. WURTZ, agrégé, est chargé, du 4 janvier au 1er mars 1897, d'un cours de pathologie expérimentale et comparée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Don.* — Divers dons anonymes ont été faits aux Facultés, pendant le mois de janvier 1896, en particulier à la Faculté de médecine de Paris, 160 fr pour participation à l'entretien du laboratoire d'histologie; 3,000 francs pour participation a l'entretien de tous les laboratoires de la Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le Dr LAROYENNE es chargé d'un cours de clinique annexe des maladies des femmes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — *La Fondation Bouisson-Bertrand* — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter les legs faits à la Faculté par Mme veuve Bouisson, née Bertrand, savoir : 1° Le domaine, dit château de Grammont, avec ses diverses dépendances, le tout d'une contenance de 94 hectares et qui devra être affecté à une création d un établissement scientifique et humanitaire, sous le nom de fondation Bouisson-Bertrand; 2° le linge et les meubles meublants renfermés dans le château; 3° une somme de 300,000 francs à placer en rentes 3 0 0 sur l'Etat français, avec affectation spéciale et perpétuelle pour les besoins de la fondation; 4° une chapelle construite par les soins des exécuteurs testamentaires; 5° les intérêts d'une somme de 40,000 francs dont les intérêts serviront au traitement de l'aumônier attaché à l'établissement prévu ci dessus; 6° les instruments ayant appartenu aux docteurs Bertrand et Bouisson, père et mari de la testatrice, avec les meubles qui renferment lesdits instruments, les manuscrits de M. Bouisson et le buste en marbre de M. Bertrand; 7° une somme de 40,000 francs à titre de complément du legs antérieur fait par le Dr Bouisson pour la fondation de prix. — Sont également approuvées les propositions faites par la Faculté de médecine de Montpellier pour l'organisation et le fonctionnement de l'institut Bouisson-Bertrand, cet établissement devant avoir pour objet les recherches biologiqnes appliquées à l'hygiène et à la thérapeutique et l'hospitalisation des malades atteints des affections dont l'institut poursuivra l'étude et la guérison. L'institut Bouisson-Bertrand est reconnu comme établissement d'utilité publique.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — Sont maintenus, pour l'année 1896-1897, dans les fonctions de chef de travaux : M. Klobb, agrégé libre : Travaux de chimie et de pharmacie. — M. Brunotte, agrégé : Travaux d'histoire naturelle et micrographie.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. BARDIER, chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie, est chargé, en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1896-1897, d'un cours de physiologie.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE. — M. BERGER, professeur de clinique médicale, est admis sur sa demande et par application de l'article 11 de la loi du 9 juin 1853, a faire valoir ses droits à une pension de retraite, à dater du [illegible] décembre 1896. M. Berger est nommé professeur honoraire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Des concours s'ouvriront, le 26 juillet 1897, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l Université de Lille : 1° Pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens; 2° Pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à la dite Ecole. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira, le 29 juillet 1897, devant la Faculté de Médecine de l Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira, le 25 octobre 1897, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Rouen.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. le Dr SALVA est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS AU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ. — *Cours libres.* — Après avoir proposé le maintien de la chaire de pathologie expérimentale et comparée, vacante à la Faculté de médecine, par le décès de M. Straus, le Conseil de l'Université a autorisé l'ouverture des *cours libres* ci-après désignés à la Faculté de médecine. — M. le Dr Petit : *anesthésie et antiseptiques, étude chimique et physiologique* ; M. Foveau de Courmelle ; les *radiations nouvelles, rayons X, radioscopie et radiographie applications thérapeutiques* ; M. Fournel : *gynécologie* ; M. Gaube ; *minéralogie biologique, ferments et fermentations dans leurs rapports avec la matière minérale* ; M. Bérillon : *Psychologie physiologique, applications cliniques de l'hypnotisme.* — Le Conseil a approuvé les désignations faites par la Faculté de médecine pour sa représentation au Congrès médical qui doit avoir lieu à Moscou, au mois d'août 1897. La délégation sera composée de MM. Brouardel, Potain, Gariel, Hayem, Tillaux, Le Dentu, Pinard.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée active.* — Promotions au grade de médecin principal de 1re classe : M. Geschwind. — Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Chevassus. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Loup et Belhomme. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Rouget, Donnadieu et Sire.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — Nominations à l'emploi de médecin stagiaire de 2e classe : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine Aquarone, Dupuy, Guilliod, Guillon, Lartigue, Louarn, Marmey, Martin, Mayer et Rapin.

RÉCOMPENSES. — A l'occasion de l'inauguration de la rue Réaumur, ont reçu la médaille d'argent : MM. Pentray, docteur en médecine à Paris, Petit, Henri Roché et Crinon, pharmaciens à Paris; la médaille de vermeil : M. Julliard, pharmacien; la médaille de bronze : M. Vandenkorpel, membre de la commission locale des enfants du premier age du IIIe arrondissement.

Le ministre de la guerre a décerné les médailles d'honneur ci-après. *Médailles d'argent* : Pignolet (Eugène-Auguste), caporal à la 16e section d'infirmiers. Savy (Léonard), infirmier à la 16e section. Verne (Louis-Stéphan), infirmier à la 16e section : En service à Madagascar depuis 1895, se sont distingués par leur zèle et leur dévouement auprès des malades dans les hôpitaux de campagne ou les ambulances légères du corps expéditionnaire. Mme Bégaud (Anna), sœur Madeleine de la Compassion (congrégation de la Sagesse, hospice de Niort) : 15 ans de services dans les salles militaires; a prodigué ses soins au cours de diverses épidémies ; a contracté la fièvre typhoïde pendant l'épimie de 1887 ; a fait preuve du plus entier dévouement pendant l'épidémie typhoïdique qui a sévi en 1896 sur le 7e hussards. — *Médailles de bronze* : Gros (Edmond), soldat au 17e bataillon de chasseurs à pied, infirmier régimentaire : à peine guéri d'une fièvre scarlatine contractée au mois d'avril 1896 en soignant ses camarades à l'hospice de Rambervilliers, ce chasseur a donné dans le même établissement les soins les plus dévoués à d'autres chasseurs atteints de fièvre typhoïde; il a contracté lui-même cette dernière maladie. Humeau (Joseph-Jean), cavalier au 7e hussards, infirmier régimentaire : a fait avec un remarquable dévouement le service dans les salles militaires de l'hospice mixte de Niort pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi en 1896 sur le 7e hussards. M. Delhomelle (Jules-Raoul), infirmier a la 30e section, s'est signalé tout particulièrement par son dévouement et les services qu'il a rendus comme infirmier à bord du paquebot *Pei-Hô*, rapatriant trois cents convalescents de Madagascar. M. Mauplot (Clément-Jules), infirmier à la 19e section : chargé, à l'hopital militaire de Blidah, du service des bains à donner aux typhoïdiques, a montré beaucoup de dévouement et de zèle.

La Société nationale d'acclimatation de France a tenu récemment sa trente-quatrième séance publique annuelle. La Société a décerné une *médaille d'or*, offerte par le Ministère de l'Agriculture, à M. RAOUL, pharmacien en chef de la marine, pour son ensemble de travaux sur l'*agriculture tropicale*.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'Hygiène sociale.* — Sujet du cours : *L'Hygiène et l'alimentation des travailleurs.* M. le Dr A.-J. MARTIN fera la leçon du samedi 20 février 1897, à huit heures et demie du soir à la Bourse du Travail, salle

les Conférences, sur l'habitation ouvrière. La Conférence pratique du dimanche 21 février 1897, aura lieu au Four crématoire, au Père-Lachaise, à neuf heures et demie du matin. Les Cours et les Conférences sont publics.

CONFÉRENCES D'EXTERNAT. — MM. Chaillou, Hennecart, Monthus et Sauvage, internes des hopitaux, ont commencé une conférence d'externat le mercredi 10 février 1897, à 8 heures du soir, à l'Hôtel-Dieu annexe, 33, rue de la Bûcherie. Ils la continueront les mercredis suivants, à la même heure.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BOURGEOIS (de Paris). — M. le Dr LALOURCEY (de Laignes). — M. le Dr BONNEFOY (de Chars). — M. le Dr BRIDOUX (de Lestrem). — M. le Dr MACHON BEY (de Marseille). — M. le Dr VIOLOT (de Lyon). — M. le Dr ALLONCLE (de Benest) — M. le Dr CASANEVA (de Bourges). — M. le Dr DENIS (de Fougères). — M. le Dr DUBIEU (de Bourdeille).— M. le Dr PICARD (de Nantes). — M. le Dr TERRION (de Corrèze). — M. le Dr Al. F. PROUSSAK, professeur émérite d'otologie.— M. le Dr El. I. LÉBÉDINSKY, privat-docent de médecine interne à l'Académie militaire de médecine de Saint Pétersbourg. — On vient de pendre à Union (Missouri) un millionnaire, M. le Dr Arthur DUESTROW, condamné pour l'assassinat de sa femme et de son enfant. Cet individu marié à une jeune fille de la meilleure société de Saint-Louis, s'était peu après cette union adonné à la boisson et à la plus basse débauche et, malgré la naissance d'un fils, il avait presque complètement abandonné le domicile conjugal. Sa fortune avait été soigneusement placée par son père et il n'en pouvait toucher que les revenus. En février 1894, il rentra chez lui, provoqua une querelle avec sa femme et, finalement, l'étendit sur le parquet d'un coup de revolver. Son enfant s'étant mis à pleurer, Duestrow l'enleva du sol, le tint au bout du bras gauche et lui fit sauter la cervelle. Après avoir feint la folie et épuisé toutes les ressources légales pour sauver sa tête, ce misérable s'est avoué coupable au dernier moment. (*Temps*).

ASILE DE SAINT-YLIE, près Dôle (Jura). — *Demande d'interne.* — Une place d'interne (division des hommes) est vacante dans cet asile. Les candidats doivent adresser leur demande au directeur de l'établissement. Avantages, 800 fr., nourri et logé. Les candidats doivent avoir 14 inscriptions au moins et un certificat de leurs chefs de service.

ANNUAIRE DE L'INTERNAT.— Une nouvelle édition de l'Annuaire de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris est en préparation. Les internes ayant quitté l'internat dans ces quatre dernières années, notamment ceux qui ont terminé cette année, sont priés d'envoyer l'adresse de leur domicile au secrétaire de l'Association amicale des internes et anciens internes, M. le Dr FEULARD, 20, rue Saint-Georges, Paris.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL TENON. — M. BÉCLÈRE : conférence clinique tous les vendredis, à 10 h. 1/2 (salle Pidoux).

HOPITAL DE LA PITIÉ. —*Enseignement des Stagiaires.* (Mois de février, 1897). — 1° Leçons à l'amphithéâtre (Clinique et thérapeutique), par M. le Dr ROBIN, le lundi. — 2° Conférences complémentaires au laboratoire : M. Michel, mardi 16 février, leçon de clinique ; mardi 23 février, le cœur chez le rhumatisants. — M. Bardet, mercredis 17 et 24 février, conférences sur l'hygiène alimentaire. — M. Baudouin, jeudi 18 février, pathologie et clinique. — M. Leredde, jeudi 25 février, pathologie et clinique. — M. Bertherand, vendredi 19 février, le rétrécissement mitral pur. — M. Kuss, vendredi 26 février, conférences de séméiologie. — M. Londe, samedis 13 et 20 février, et M. Baudouin, samedi 27 février, les phénomènes nerveux de l'urémie paralysies bulbaires. — M. le Dr DOLÉRIS commencera ses conférences cliniques sur l'obstétrique et la gynécologie dans son service à la Pitié, le mardi 9 mars, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à 10 h. — M. le Dr George THIBIERGE : *leçons cliniques sur les maladies de la peau* le vendredi à 10 h. 1/2. Le mercredi et le samedi, à 9 h., consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques. — M. le Dr BABINSKI, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les *maladies du système nerveux*, samedi 20 février 1897, à 10 heures du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Les conférences auront lieu dans la salle des consultations, annexe de la salle Grisolle.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules VOISIN, le jeudi, à 10 h. du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE.— M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses,* le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert BALLET et E. BRISSAUD. M. Brissaud commencera, le jeudi, à 10 heures, M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies cutanées et syphilitiques*: M. HALLOPEAU, dimanche, à 9 h. 1/2 (salle des conférences). — M. le Dr DU CASTEL reprendra ses conférences cliniques le samedi 27 février et les continuera le samedi de chaque semaine A 1 h. 1/2, consultation externe. Après la consultation, conférence clinique dans la salle des conférences.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes.

On lira avec un vif intérêt un remarquable article, [illegible] M. H.-M.-P. de LA MARTINIÈRE, sur l'empire du *Maroc*, publié dans la 556e livraison de la GRANDE ENCYLOPÉDIE, parue cette semaine. Cet article est illustré de belles gravures exécutées d'après des photographies prises par l'auteur et absolument inédites. Outre l'attrait exceptionnel que présente cette livraison, elle contient encore une importante étude de M. JEANROY sur les *Marot* (Jean et Clément). Prix de chaque livraison : 1 franc.— Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES,

3e SÉRIE. T. V. N° 9. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 FEVRIER 1897.

Le Progrès Médical

TOXICOLOGIE

Des empoisonnements causés par les champignons.

Leçon de M. le Pr POUCHET.

L'étude des modificateurs du système nerveux périphérique, m'amène à vous parler aujourd'hui de la muscarine. Parmi toutes les substances auxquelles on peut atribuer la toxicité de certains champignons, seule, jusqu'à présent, la muscarine a pu être isolée et caractérisée; aussi, je préfère étendre le cadre de cette étude et vous entretenir de l'empoisonnement causé par les champignons.

La question peut passionner à bon droit les toxicologues et les hygiénistes, mais son côté social, si je puis m'exprimer ainsi, n'est pas le moins intéressant.

C'est qu'en effet, les champignons pourraient jouer un rôle important dans l'alimentation du pauvre; et, si leurs propriétés alibiles ne sont pas plus souvent utilisées, je dois avouer que ce résultat est dû, en grande partie, à l'ignorance de beaucoup. En grande partie seulement, parce que la toxicité des champignons soulève des problèmes d'un autre ordre.

J'ai, sur ce sujet, des idées particulières, idées que j'aurai l'occasion de vous exposer au cours de cette leçon et que je crois suffisamment étayées sur des preuves expérimentales pour pouvoir leur donner maintenant droit de cité devant la science. Si j'avais à donner une définition des champignons, je ne saurais mieux faire que de les appeler de grosses bactéries ou mieux des colonies bactériennes. Comme les bactéries, en effet, les champignons constituent de puissants agents de transformation de la matière organique en décomposition et hâtent considérablement le retour des substances organiques aux combinaisons simples susceptibles d'être utilisées, dans la suite, par les plantes et d'être ainsi ramenées dans le *circulus vitæ*.

Les champignons transforment des résidus inacceptables pour le tube digestif de l'homme, en substances alibiles, savoureuses; et il nous est facile de voir que, par sa teneur en azote et en carbone, le tissu du champignon ne le cède presque en rien à la viande de boucherie.

La composition moyenne d'un champignon nous permettra de le constater. Les champignons renferment de 90 à 92 0/0 d'eau; et, en matière sèche, 7 1/2 0/0 d'azote et 50 0/0 de carbone. La proportion d'azote est certainement inférieure à la proportion que peut renfermer la viande, mais il ne faut pas perdre de vue que cet azote constitue une matière albuminoïde extrêmement assimilable.

Pourquoi cette source d'alimentation est-elle délaissée par les classes pauvres? Cela tient à un ensemble de faits parmi lesquels je vous citerai la difficulté, bien qu'en aient dit bon nombre d'auteurs, que présente la différenciation des espèces bonnes d'avec les mauvaises; et à l'ignorance des classes éclairées sur les propriétés de certaines espèces qui ne sont jamais toxiques. J'insiste à dessein sur cette propriété de certains champignons, je vous l'expliquerai dans la suite. Il existe également un autre écueil : c'est que la chair des champignons est plus ou moins rapidement assimilable à une viande faisandée. On sait en effet que le faisandage du gibier peut rendre la viande plus digestible, mais en même temps que cette qualité lui est donnée, cette viande peut acquérir des propriétés nocives dues à la présence de toxines dans les mailles de son tissu. Or, nous pouvons constater l'éclosion de phénomènes du même ordre avec les champignons : s'il leur est possible, avec des déchets, d'élaborer des substances alimentaires, ils peuvent également avec ces mêmes déchets faire la synthèse de substances toxiques.

L'importance sociale de cette étude mycologique trouve sa justification dans ce fait d'observation constaté par tous ceux qui se sont occupés d'hygiène alimentaire, que là où une nourriture abondante et riche remplace une alimentation insuffisante et pauvre, des hommes intelligents, forts et productifs remplacent de pauvres hères maladifs et inféconds.

Les champignons sont des stimulants généraux de l'organisme: la truffe, par exemple, est un cordial, un corroborant, un aphrodisiaque et cette vertu « qui a beaucoup de dévots et peu de contempteurs » n'est pas à dédaigner, car l'aphrodisie produite par l'ingestion de champignons est de bon aloi, d'ordre physiologique, tandis que l'aphrodisie obtenue par l'emploi de substances médicamenteuses rentre dans le domaine de la pathologie.

Quels sont les caractères des bonnes et mauvaises espèces? La crédulité populaire, les préjugés de la foule leur en ont donné beaucoup. Les bons ne noirciraient pas les pièces d'argent, les cuillers de métal avec lesquels on vient à les mettre en contact; les mauvais, par contre, se conduiraient d'une façon toute opposée. Aux caractères précédents, les mauvaises espèces joindraient ceux de colorer en noir le suc d'oignon, de cailler le lait, de croître à l'ombre des bois épais et d'être dédaignées par les animaux.

Il est temps de faire définitivement justice de tous ces préjugés : je me bornerai à vous faire remarquer que la répulsion des animaux pour les espèces toxiques est un fait complètement faux, faux à ce point que les espèces les plus dangereuses, telles que l'amanite bulbeuse, servent d'aliment de prédilection aux limaces et aux insectes inférieurs.

Les différentes familles, les différents genres comprennent tous des espèces alimentaires à côté d'espèces vénéneuses. Dans la série des amanites, l'oronge vraie végète aux côtés de la fausse oronge, qualifiée au moins de suspecte : je reviendrai, plus tard, sur ce terme pour vous montrer que, dans certaines circonstances, des champignons déterminés peuvent être indifférents, alors que, dans d'autres circonstances, ils peuvent constituer des espèces fort dangereuses.

S'il nous est permis de regarder l'*Amanita muscaria* comme suspecte, nous n'aurons aucune réserve à observer, quand nous traiterons de toxique l'amanite phalloïde, l'amanita mappa et les différentes amanites bulbeuses.

Dans la classe des bolets, le cèpe ou *boletus edulis* se trouve aux côtés du « *B. satanas* » éminemment toxique. Aux côtés du *lactarius deliciosus* croit le *lactarius piperatus.*

S'il est possible à un œil exercé et à une intelligence sagace de pouvoir saisir les différences que présentent, les espèces bonnes ou toxiques, telles que les tableaux mis sous vos yeux, vous les montrent, je ne crois pas toutefois qu'il soit facile à tout venant de saisir les caractères extérieurs de ces champignons et d'en faire un choix judicieux.

La qualification de champignon SUSPECT qui accompagne la description de la fausse oronge tient à ce fait que bon nombre do'bservateurs prétendent, et avec raison, que l'ingestion de ce champignon n'est suivi d'aucun phénomène d'intoxication, alors que d'autres observateurs affirment, et cette affirmation est prouvée par les faits, que sa consommation par l'homme présente de très grands dangers.

La différence d'appréciation des propriétés de ce champignon me permet, Messieurs, d'attirer votre attention sur ce fait : que la toxicité de certaines espèces est variable, et qu'elle peut tenir à la nature du terrain qui influe probablement sur l'élaboration des produits formés par l'activité vitale du végétal, au cours de son existence, comme la nature du milieu de culture d'une bactérie influe sur sa virulence.

Prenez le bacille typhique le plus virulent, tel que pourra vous le fournir la rate d'un individu atteint de fièvre typhoïde grave ; mettez-le dans certains milieux appropriés, le bacille perd sa virulence, va devenir en apparence une bactérie inoffensive.

A mon avis, pour essayer d'expliquer l'action toxique des champignons, il faut tenir compte de la présence, dans leur tissu, de ces produits mal connus, souvent mal étudiés, désignés sous le nom de toxines.

De même qu'il existe des bactéries qui ne sauraient jamais devenir virulentes, vous rencontrerez des champignons toujours comestibles ; à des bactéries toujours virulentes, vous pourrez opposer des champignons toujours toxiques ; à côté d'espèces SUSPECTES prennent place des bactéries quelquefois virulentes, dans certaines conditions déterminées.

Les preuves de la présence de toxines dans les champignons abondent. Dans les Vosges, l'amanite tue-mouche macérée dans de l'eau vinaigrée, puis bouillie dans le même liquide, n'est jamais toxique. De même, le liquide dans lequel une bactérie a vécu, chauffé avec du vinaigre, peut devenir inoffensif.

Le suc de l'*Amanita muscaria* privé, par coagulation, de ses matières albuminoïdes, n'est plus toxique : évaporé à basse température, il donne, par contre, un extrait doué des propriétés du suc entier.

Ces faits ne sont-ils pas de même ordre et ne permettent-ils pas d'assimiler, une fois de plus, les champignons aux bactéries ?

On pourrait ajouter à ces preuves le fait suivant, qui vient encore à l'appui de mes interprétations : l'injection sous-cutanée du suc de certaines espèces nuisibles fait périr les animaux inférieurs qui se nourissent impunément de ces mêmes espèces, alors que l'injection du suc des champignons comestibles ne détermine chez eux aucun accident.

D'autre part, des espèces à peu près inoffensives ou ne produisant que des troubles légers ou passagers, quand elles sont consommées immédiatement après leur récolte, deviennent toxiques quand elles sont absorbées au bout de fort peu de temps.

De plus, lorsqu'on compare les symptômes d'empoisonnement déterminés par certaines espèces de champignons avec ceux que provoquent des viandes altérées, on est frappé de leur grande analogie. Il nous est possible d'interpréter ce second ordre de faits en admettant que, si le champignon ne fabrique pas ou n'a pas fabriqué, au cours de sa végétation, les toxines qu'il renferme, tout au moins, la trame de son tissu doit constituer un milieu très favorable pour la culture des bactéries capables de produire des toxines.

L'action la plus générale exercée sur l'organisme par les champignons toxiques, se traduit par une irritation plus ou moins violente de la muqueuse digestive : le système nerveux n'intervient guère dans la manifestation des phénomènes toxiques, qu'autant que la muscarine se trouve dans la chair du champignon ingéré. Il existe toujours une certaine constance dans la marche générale de l'intoxication : les variations qu'on peut observer dans certaines manifestations, peuvent, il est vrai, être dues à la présence ou à l'absence de muscarine, mais d'autres facteurs peuvent intervenir également.

J'ai repris, depuis quelque temps, l'étude des principes toxiques élaborés par certains champignons ; or, j'ai en mains, à l'heure actuelle, une substance très toxique, se rapprochant peut-être de ces oxybétaïnes, que j'ai isolées autrefois des viandes putréfiées : elle possède sur le cœur de la grenouille une action très intense et diffère de la muscarine par toutes ses propriétés.

Je crois, Messieurs, que la comparaison que j'ai établie entre les bactéries et les champignons est justifiée par tous les faits que je viens de relater, et que la dénomination de grosse bactérie ou mieux de colonie bactérienne appliquée par moi aux champignons, est très acceptable.

Je vous entretiendrai surtout des empoisonnements causés, plus spécialement, par les champignons du genre amanite, parce que ce genre de la famille des agaricinées fournit la seule substance toxique bien étudiée jusqu'alors et parce qu'il est la source la plus fréquente des empoisonnements dus à des méprises : les auteurs s'accordent, en effet, pour reconnaître que 90 0/0, au moins, des cas d'empoisonnement par les champignons sont attribuables à des espèces du genre amanite (90 0/0 des cas relatés).

Leur aspect élégant, leur odeur peu sensible ou même agréable. leur saveur douce et faible ou fine et parfumée, la tolérance très longue de l'estomac pour leur tissu, parfois même, la digestion complète de ces champignons, effectuée avant l'apparition des symptômes d'intoxication, peuvent très facilement conduire aux méprises les plus dangereuses.

Comme caractères généraux, ces champignons présentent un chapeau charnu, un stipe fibrocharnu et, au dessous du chapeau, des lames assez molles, larges membraneuses, dédoublables : leur régularité, l'élégance de leur port font ressortir une taille au-dessus de la moyenne.

Comme caractères particuliers, ils offrent une volva au sein de laquelle se développe l'amanite ; sa rupture s'effectue différemment, suivant la solidité de la texture de la volva et aussi suivant la forme et la viscosité du chapeau. Au moment de la rupture de la volva, l'oronge vraie prend l'apparence d'un œuf sorti de sa coque, tandis que le chapeau de la fausse oronge montre des débris disséminés de sa volva, qui lui donnent l'aspect lardac

Le stipe de ces champignons peut être involvé, engainé ou muni d'une collerette, parfois entouré d'un sac. ou présentant à sa base une bordure, simple ou à plusieurs rangs, entière ou laciniée, écailleuse ou squameuse.

Les principaux représentants de ce groupe sont : l'oronge vraie *Amanita cæsarea, cibus deorum*), la fausse oronge (*Amanita muscaria*) à vénénosité variable : l'*Amanita phalloïdes*, l'*A. virosa*, l'*A. pantherina*, l'*A. mappa*, toutes très vénéneuses.

Les espèces non toxiques sont particulièrement savoureuses et alibiles; les espèces toxiques amènent l'éclosion de symptômes assez analogues, mais différents de ceux produits par les espèces toxiques d'autres familles ; ce qui les différencie surtout, ce sont leurs effets stupéfiants, qui viennent s'ajouter au cortège banal des symptômes produits par tous les champignons vénéneux.

La symptomatologie en usage dans la pratique médicale est bien loin encore d'être assez avancée, d'être assez analytique pour pouvoir servir à la détermination d'espèces chimiques très voisines, comme le sont très probablement celles fournies par les champignons. Il faudrait pouvoir connaître exactement l'action de chaque poison sur chaque tissu, sur chaque élément anatomique ; car la ressemblance des symptômes qu'on observe peut être la résultante d'un ensemble complexe.

On a voulu tabler sur le fait que différentes espèces de plantes, à organisation compliquée, n'élaborent jamais le même poison, pour admettre qu'il en était de même pour les champignons. Ce fait paraît être vrai pour les plantes à organisation supérieure, mais il est loin d'être démontré pour les organismes monocellulaires. Si on voulait pousser ce raisonnement à l'extrême, on se trouverait conduit à admettre que certains principes immédiats particuliers doivent être la conséquence de la vie de chaque cellule spéciale.

On ne possède jusqu'ici, au sujet de la toxicité des amanites, qu'un très petit nombre d'expériences positives et scientifiquement conduites. Réveil a dressé le tableau suivant, qui reproduit les résultats d'un certain nombre d'expériences faites sur des moineaux, avec des amanites d'espèces différentes :

Moineaux ayant absorbé 2 grammes des champignons.	MORT APRÈS MINUTES I	II	III
Amanite panthère	19	21	16
Amanite ciguë	24	23	19
Amanite bulbeuse blanche (*virosa*).	32	29	24
Amanite bulbeuse jaune (*mappa*) . .	27	32	26
Amanite tue-mouches	41	62	39
	chapeau	stipe	lames
Amanita muscaria adulte	47	23	39
— — vieille.	33	62	31
— — très jeune	79	91	57

De ces expériences, il résulte que l'*A. phalloïdes* et l'*A. pantherina* constituent les deux espèces les plus vénéneuses : 1 gramme de l'un ou de l'autre de ces deux champignons suffit à tuer un moineau, tandis qu'il faut environ 3 grammes de l'*A. muscaria* pour arriver au même résultat. Les lames paraissent être la partie la plus active de la plante.

J'ai déjà appelé, tout à l'heure, votre attention sur la variabilité de toxicité de l'*A. muscaria*. Elle n'est pas la seule espèce, soit dans la famille des agaricinées, soit dans toute autre famille de champignons, à la suite de la description de laquelle on ait l'étonnement de lire la qualification de « suspect ou douteux ». Je n'ai pas à revenir ici sur l'interprétation que j'ai développée, tout à l'heure, et qui me fait croire que ces espèces peuvent être tantôt toxiques, tantôt inoffensives, suivant que les synthèses qui se sont effectuées au cours de la végétation auraient donné naissance à des toxines ou, au contraire, n'auraient pas permis la formation de ces produits.

Pour ce qui regarde l'*Amanita muscaria*, les observateurs les plus dignes de foi l'ont, à maintes reprises, signalée, les uns comme tout à fait inoffensive, les autres comme suspecte, d'autres enfin, comme constamment toxique. Et en réalité, il existe de nombreux accidents graves et même mortels, par suite de la confusion de cette espèce avec l'oronge vraie et il existe, d'autre part, de nombreux exemples de l'usage alimentaire de l'*Amanita muscaria*, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient (1).

Les tentatives d'analyse immédiate de l'amanite remontent à Letellier : il isola du champignon une substance très soluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool absolu, insoluble dans l'éther, les huiles, et qu'il appela « Amanitine », substance déterminant, comme effets physiologiques, l'abolition de la sensibilité et de la motricité ; elle était unie, d'après le même auteur, à une substance âcre, irritante, résistant à la coction.

Plus tard, Boudier regarda comme principe actif de l'amanite une substance précipitant, par le tannin et l'iodure de potassium ioduré.

Les recherches de Cordier et de Réveil ne confirmèrent pas les découvertes de Boudier, en ce qui concerne l'action du tannin. Réveil isola, pour sa part, trois substances :

1° Une substance volatile, odorante, à laquelle le champignon doit son fumet, très fugace, soluble dans l'éther, assez toxique. Expérimentée chez la grenouille, elle détermine des vertiges, des tremblements, une excitation intense suivie de dépression profonde; sous son action, on constate l'abolition de la sensibilité, tandis que la motricité nerveuse et musculaire restent intactes. Sous son influence, les cobayes et les lapins succombent rapidement dans un état comateux.

2° Un produit soluble dans l'eau, actif sur le cœur, substance à action stupéfiante qui, par sa quantité, son activité, sa toxicité, rend les amanites redoutables et se rapproche de l'amanitine de Letellier.

3° Un principe résineux, soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau, maintenu en solution dans le suc du champignon par les matières extractives, principe irritant, phlogogène.

Mais, c'est à Schmiedeberg et à Koppe qu'on doit une analyse complète des principes de l'amanite. Deux alcaloïdes, d'après eux, se rencontrent dans la plante, la muscarine ou oxynévrine et l'amanitine, principe bien défini et différent par ses caractères de l'amanitine de Letellier. On les sépare en utilisant des propriétés physiques différentes de leurs chlorhydrates et mieux encore, des chloraurates : le chlorhydrate d'amanitine cristallise

(1) Bulliard dit en avoir mangé deux onces sans inconvénients. Desmartis assure que les paysans du Bordelais les consomment couramment après les avoir fait griller sur des charbons ardents. Leclerc (de Tours) rapporte, dans la *Gazette des Hôpitaux*, qu'en Crimée, il a suppléé, pour lui et ses soldats, au manque de légumes par des salades de champi nons, au nombre desquels se trouvait l'*Amanita muscaria*. Je tiens de source fort autorisée que dans certaines parties des Vosges, on fait un usage courant de ce champignon, après macération dans le vinaigre et sans rejeter le liquide de macération. Je m'empresse de déclarer que je m'abstiendrais absolument de l'usage de cette espèce.

facilement, tandis que celui de muscarine est déliquescent.

Les symptômes de l'empoisonnement éclatent tardivement, dans un laps de temps compris entre 4 et 48 heures (le plus souvent de 10 à 18 heures après l'ingestion de la chair du champignon. Ce début tardif impose au médecin une ligne de conduite dont il ne doit pas se départir.

A ces malades dont le torrent circulatoire charrie, depuis plusieurs heures, les principes toxiques du cryptogame, n'allez pas administrer un vomitif, de l'émétique, par exemple ; car à l'hyposthénie produite par le cryptogame, vous allez ajouter l'action hyposthénisante de l'émétique.

L'excitation violente de la muqueuse gastro-intestinale déterminée par la substance irritante se traduit par des déjections multipliées qui d'abord vident le tube digestif et qui bientôt deviennent glaireuses et sanguinolentes : des douleurs atroces les accompagnent. Puis le malade tombe dans un collapsus causé par la dépense considérable de force nécessitée par ces contractions. C'est à ce moment que les manifestations stupéfiantes apparaissent; elles se traduisent d'abord par de l'excitation, des phénomènes analogues à ceux de l'ivresse, puis par des vertiges, du tremblement, de la titubation; la respiration est haletante; le cœur a des irrégularités; le malade est pris de syncopes. On note des modifications de la pupille, des troubles de la vue, de l'aberration intellectuelle, du délire gai ou furieux, un état de stupeur profonde; la face est pâle, une sueur froide couvre le corps, le pouls se ralentit considérablement; la température s'abaisse quelquefois de 3 à 4 degrés; la mort survient dans le coma au bout de 1 à 5 jours. Pendant la période d'évolution de ces accidents graves, l'anurie est à peu près absolue.

Très fréquemment, quand le malade guérit, la persistance des phénomènes de gastro-entérite est difficile à vaincre.

On peut constater dans l'évolution de ces phénomènes des variations dues à l'espèce du champignon, à son degré de développement, à la préparation culinaire qu'on lui a fait subir, à la dose ingérée, enfin à l'âge de l'individu intoxiqué. Il n'est pas rare dans une famille empoisonnée par des champignons, de voir de jeunes enfants mourir avant que l'adulte qui doit succomber dans la suite ait ressenti les premiers symptômes de l'intoxication,

Les lésions anatomiques que l'autopsie peut révéler se rapprochent beaucoup de celles que peuvent déterminer des maladies zymotiques.

La décomposition du cadavre est hâtive. L'estomac et le tube digestif sont distendus par des gaz fétides : la muqueuse gastro-intestinale présente une teinte violacée, uniforme, s'affaiblissant vers le cœcum et disparaissant dans le gros intestin que l'on trouve généralement vide et pâle. Des taches ecchymotiques, parfois meme des plaques gangréneuses s'observent disséminées dans l'estomac et le tube digestif. Le foie parfois énorme est décoloré, ramolli. La rate est très congestionnée. Les poumons engoués sont le siège d'infiltrations sanguines. Le cœur, d'une flaccidité remarquable, se montre gorgé de sang noir et fluide.

En énumérant toutes ces lésions, ne diriez-vous pas que le malade a succombé à une pneumonie infectieuse, à du typhus, à une pneumo-entérite? Ces altérations sont banales, en effet, avec la plupart des toxines.

Parfois l'intestin renferme des débris de champignons : la découverte de ces débris présente une très grande importance au point de vue médico-légal. En effet, que l'empoisonnement soit dû à une toxine ou à la muscarine, la recherche chimique de ces poisons est impossible. Pour pouvoir établir le diagnostic, il est nécessaire de rechercher soit parmi les matières trouvées dans l'intestin soit dans les déjections, les éléments anatomiques des champignons.

Boudier a démontré que la coction n'altérait pas la forme des cellules, surtout celles des spores Je vous ai fait représenter sur le tableau que je mets ici sous vos yeux des cellules de l'hyménium portant encore leurs spicules, des cellules du chapeau et des spores de différentes espèces soumises à la cuisson. J'appelle particulièrement votre attention sur la forme apiculée des spores, forme qui se conserve très bien et qui constitue un des éléments principaux du diagnostic. Vous pourrez constater que l'action de la chaleur n'a pas sensiblement altéré leur forme, mais il ne faudrait pas en déduire que la recherche de ces éléments histologiques au milieu de débris alimentaires de toute nature n'offre aucune difficulté. Je ne saurais trop insister sur le côté délicat de cette recherche qui est le seul point de repère du médecin légiste.

La constitution chimique de la muscarine explique la facilité avec laquelle elle peut se dédoubler et par suite, l'impossibilité de la retrouver dans les viscères d'un individu mort intoxiqué par des champignons.

On sait actuellement qu'elle rentre dans le groupe des bétaines. D'après Schmiedeberg et Koppe, elle prendrait naissance dans le tissu du champignon aux dépens de l'amanitine, corps isomère de la choline. L'extraction de cette base constitue une opération des plus délicates, dont je ne vous retracerai pas ici les différentes phases. Qu'il me suffise de vous rappeler ses principales propriétés.

La muscarine constitue une base déliquescente, présentant, même pour l'acide carbonique, d'assez fortes affinités : elle forme avec les différents acides des sels déliquescents, comme la base. Elle est insoluble dans l'éther, insoluble également dans le chloroforme; par contre, elle se dissout facilement dans l'eau, ce qui permet d'expliquer avec quelle facilité elle s'absorbe et par suite peut devenir la source d'accidents graves, d'autant plus graves, qu'elle manifeste son action physiologique à doses très faibles; cinq milligrammes, en effet, peuvent déjà produire chez l'homme des symptômes alarmants.

Elle s'élimine par l'urine; mais, chose remarquable, alors qu'elle constitue pour toutes les sécrétions, qu'il s'agisse de la salive, du suc gastrique, du suc intestinal, des larmes, du mucus bronchique ou de la bile, un puissant excitant, elle tarit la sécrétion urinaire. Cette action spéciale de la muscarine sur l'appareil rénal nous permet de comprendre pourquoi l'anurie est à peu près absolue, pendant la période d'évolution des accidents graves de l'intoxication par les champignons du groupe amanite.

A doses considérables, elle détermine des secousses musculaires et des contractions tétaniques. Elle produit également des contractions spasmodiques intenses des fibres musculaires lisses de la vessie, de l'intestin et de l'estomac.

L'action de la muscarine sur les sécrétions a surtout été mise en évidence par les recherches de Prévost, de Genève Dans une série d'expériences fort bien conduites, Prévost a démontré :

1° *L'action sur les sécrétions biliaire et pancréatique.* Les expériences furent effectuées sur des chiens. En pratiquant une incision longitudinale du duodénum, Prévost mit de la sorte à nu l'ouverture des canaux pancréatique et biliaire dans l'intestin. Le savant suisse put constater ainsi que, sous l'influence d'une injection de quelques milligrammes de muscarine, la sécrétion biliaire fut considérablement accrue. « La bile, dont l'écoulement était faible avant l'injection de muscarine, dit-il dans son mémoire, s'écoulait à flots de suite après cette injection. » Dans les mêmes conditions, la sécrétion pancréatique augmentait notablement.

2° *L'action sur la sécrétion urinaire.*

Cette action fut constatée par l'expérience suivante faite sur un lapin. Prévost pratiqua une incision longitudinale sur la ligne médiane de la paroi abdominale au-dessus du pubis : puis la vessie attirée au dehors par cette incision fut fendue, et les bords de la vessie suturés des deux côtés aux lèvres de la plaie abdominale. Cette opération amena une exstrophie artificielle de la vessie et lui permit de constater qu'à l'état normal son lapin laissait écouler alternativement l'urine, à intervalles de plusieurs secondes, par chaque uretère, sous forme de petites éjaculations, coïncidant avec la terminaison de la contraction vermiculaire de l'urètre. L'écoulement de l'urine par les deux uretères, habituellement alternatif, devenait parfois simultané. Chez ce lapin, de sept à dix écoulements des uretères s'effectuaient par minute. Dans ces conditions, Prévost put facilement apprécier que l'injection de muscarine pratiquée sur l'animal en expérimentation diminuait l'excrétion urinaire et venait même à la tarir presque complètement quand la dose était suffisante.

3° *L'action sur la sécrétion salivaire*, qui peut se démontrer en pratiquant une injection locale dans les artères de la glande sous-maxillaire : cette injection de muscarine amène une abondante salivation.

4° *L'action sur la sécrétion intestinale*, qui peut être mise en évidence en pratiquant une injection de la substance active dans le bout périphérique d'une branche de l'artère mésentérique : on observe alors dans l'anse correspondante la production de contractions vermiculaires tétaniformes.

Au sujet de l'action de la muscarine sur la sécrétion salivaire des expériences d'un autre genre ont été effectuées. On a pu constater, par exemple, qu'à des chats chloralisés, auxquels une injection de 0,001 à 0,005 milligrammes d'atropine avait été pratiquée, il était nécessaire d'administrer de 0,10 à 0,20 centigrammes de muscarine pour déterminer une excrétion salivaire, identique à celle qu'aurait produite sur l'animal sain une bien plus faible dose de muscarine. Cette expérience démontre, une fois de plus, Messieurs, un fait sur lequel j'ai eu déjà l'occasion d'attirer votre attention.

Lorsqu'une substance toxique a eu le temps nécessaire pour imprégner une cellule de l'organisme, il faut le plus souvent des doses considérables de la substance agissant comme son antagoniste pour annihiler cette action.

Or, il résulte des expériences de Prévost que 2 milligrammes de sulfate d'atropine demandent pour être neutralisés, 76 centigrammes de muscarine, alors que, dans des conditions ordinaires, 1 milligramme de cette même muscarine est suffisant pour produire des accidents.

Bien plus, chez un animal qu'on vient d'intoxiquer avec de la muscarine, 5 milligrammes d'atropine suffisent pour suspendre l'action préalable de la muscarine ; mais si, à ce moment, l'expérimentateur désire faire éclater, de nouveau, les phénomènes d'intoxication produits par la muscarine, il lui faudra administrer à l'animal la dose énorme de 2 gr. 20 de cet alcaloïde.

Ces chiffres sont intéressants, Messieurs, car ils nous démontrent que, dans la pratique de la thérapeutique, il nous faudra renoncer au fallacieux espoir de pouvoir combattre avec la muscarine l'empoisonnement causé par l'atropine et réciproquement. Un pareil traitement ne serait justifiable qu'autant que la dose de l'antagoniste ne devienne pas toxique ; or, les expériences de Prévost démontrent que des doses non toxiques de muscarine ne sauraient enrayer la marche d'une intoxication produite par l'atropine.

Les effets les plus frappants de la muscarine sur le cœur et la circulation se traduisent par du ralentissement et l'arrêt du cœur en diastole. Une injection de 1/20e de milligramme de muscarine pratiquée chez une grenouille donne très facilement ce résultat. L'arrêt du cœur a lieu même après la section des pneumogastriques, et il reste excitable après cet arrêt.

L'atropine s'oppose à cette action : il est facile de le démontrer.

Mettez à nu le cœur d'une grenouille qu'une injection de muscarine vient d'arrêter : laissez tomber sur ce cœur une goutte d'une solution d'atropine, vous verrez rapidement reparaître les contractions cardiaques. L'ésérine, la vératrine, la digitaline agissent plus ou moins de même ; la digitaline surtout, dont l'action sur le cœur est absolument opposée à celle de la muscarine. La digitaline arrête en effet le cœur en systole et, après l'arrêt, le cœur reste inexcitable.

J'insiste à dessein sur l'action de la muscarine sur l'élément cardiaque : c'est qu'en effet, sur les tracés que je mets sous vos yeux, tracés obtenus avec différentes substances extraites de Lactaires, de Cortinaires et d'autres champignons plus ou moins toxiques, vous pourrez voir l'arrêt du cœur produit en systole, et ce cœur devenu inexcitable, ce qui éloigne d'emblée la présence possible de muscarine dans ces substances.

Cette action de la muscarine sur le cœur peut s'interpréter en admettant une action excitante sur les nerfs d'arrêt et une action dépressive sur la contractilité du myocarde. Elle exerce une action probable sur les centres nerveux intrinsèques ; l'action paralysante continue à s'exercer sur les ventricules séparés des oreillettes.

Elle diminue l'activité fonctionelle du système nerveux central et le paralyse rapidement : ce qu'on observe surtout dans les empoisonnements causés par les champignons du groupe Amanite.

Elle abaisse l'excitabilité du système nerveux périphérique et possède une action paralysante sur les vasomoteurs ; la vaso-dilatation qui en résulte peut être mise en évidence par l'expérience faite sur l'oreille du lapin.

Sous son influence, la tension sanguine, d'abord abaissée, subit un relèvement passager ; puis survient la vaso-dilatation périphérique qui peut se traduire par des ecchymoses, des pétéchies.

La respiration d'abord accélérée est ensuite ralentie. La pupille présente de prime abord un spasme d'accommodation, plus tard on note de la contraction pupillaire. A ce propos je vous signalerai la différence d'action de l'ésérine et de la muscarine. La muscarine diminue l'amplitude de l'accommodation, rapproche le punctum

remotum par suite d'un spasme du muscle ciliaire et, plus tard, si elle a été administrée à dose suffisante, le punctum proximum.

L'ésérine, par contre, augmente l'amplitude de l'accommodation sans spasme, et rapproche le punctum proximum.

Je vous ai exposé l'antagonisme qui existe entre l'atropine et la muscarnie.

Qu'il me suffise ici de vous rappeler qu'une petite dose d'atropine équivaut à une dose forte de muscarine et que sous l'influence de cette petite dose on voit les contractions cardiaques se ranimer, la tension remonter, la température se relever, les mouvements respiratoires augmenter, la tension sanguine se relever, les secrétions se ralentir, la secrétion urinaire se rétablir.

Pour terminer, Messieurs, je vous dirai qu'on a constaté dans des champignons vénéneux du groupe des Amanites tout au moins à côté de la muscarine, la présence de névrine, de choline, tous produits de sécrétion habituelle d'un assez grand nombre de bactéries. Ces faits joints à ceux que j'ai eu à vous exposer au cours de cette leçon constituent pour moi des preuves suffisantes pour justifier une fois de plus le rapprochement que j'ai établi entre les champignons et les bactéries, au point de vue de la formation de substances toxiques du groupe de ces produits encore insuffisamment déterminés auxquels on a appliqué la dénomination de toxines.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Chirurgie du Canal Cystique.

Nous avons déjà, dans ce journal, étudié la principale opération qui se pratique sur le canal cystique, la *Cysticotomie* (1). Nous voudrions aujourd'hui esquisser à grands traits l'histoire des quelques autres interventions exécutées sur cet organe. Ce sont la *Cystico-entérostomie*, la *Cystico-lithotripsie*, et deux autres opérations, encore plus rares, dont les vrais noms restent encore à trouver.

1° La *Cystico-entérostomie* est l'abouchement du canal cystique dilaté en un point quelconque de l'intestin. C'est une opération tout à fait comparable à la cholédocho-entérostomie. A l'heure actuelle, elle n'a été pratiquée qu'une seule fois par Mayo Robson (de Leeds) le 6 août 1892; et cette intervention, exécutée chez un jeune homme, a été suivie de succès. C'est dire qu'elle est parfaitement logique dans certaines conditions données.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire, qui doit être tout à fait analogue à celui de la cholédocho-entérostomie, cela d'autant plus qu'il n'y a qu'une seule observation connue. Bornons-nous à ajouter que, dans son cas, M. Robson a utilisé pour l'anastomose une petite bobine d'os décalcifié.

Il est évident que cette opération ne doit être faite qu'en l'absence de vésicule biliaire, ou que lorsque celle-ci a disparu complètement ou à peu près par atrophie, et qu'elle ne peut l'etre que si le cystique persistant est suffisamment dilaté. On la tentera toujours dans ces conditions très spéciales, de préférence à la *cholédocho-entérostomie*, d'une exécution plus difficile. Elle ne saurait, au point de vue de ses indications, être rapprochée de l'*hépatico-entérostomie* ou de la *cholangio-entérostomie*, opérations qui, elles, s'adressent à une oblitération du cholédoque siégeant au-dessus de l'embouchure du cystique.

2° La *Cystico-lithotripsie* est le broiement sur place des calculs biliaires enclavés dans le canal cystique, suivi du refoulement des débris calculeux soit dans la vésicule incisée, soit dans l'intestin, par l'intermédiaire du cholédoque.

Cette opération, qui a été pratiquée plusieurs fois avec succès, surtout par Mayo Robson et Rutterford, Morisson, etc., a été parfois exécutée concurremment avec une cholécysto-lithotripsie. Robson a publié entre autres une observation qui n'a pas été accompagnée d'ouverture des voies biliaires, et cette intervention typique, très probante, a été suivie d'un réel succès (1891).

Pour l'exécuter, on procède comme d'ordinaire à une laparotomie parahépatique. Quand on s'est bien rendu compte de la position du calcul, on s'efforce de l'écraser avec le doigt. Si l'on n'y arrive pas, on essaie d'une pince à mors, recouverte de gomme élastique (M. Robson); mais on ne réussit pas toujours à bien appliquer la pince. Quand on parvient à obtenir l'écrasement, il reste à refouler les débris dans le cholédoque et à refermer l'abdomen. Dans ces conditions, quelques jours après, on trouve des fragments dans les selles.

Il est bien évident, que dans la très grande majorité des cas, il est plus aisé, pour faire disparaître ces calculs, de faire soit une *Cholécystotomie*, soit même une *Cysticotomie*.

3° *Le refoulement des calculs du cystique* ou *Massage du Cystique* a été proposé. On peut, en effet, essayer de refouler les calculs enclavés dans le canal cystique, soit dans la vésicule biliaire, pour les extraire ensuite par la cholécystotomie, soit dans l'intestin par les voies biliaires principales, sans s'être livré à un broiement préalable de ces calculs.

Cette opération a été recommandée dès 1885 par Maunoury (de Chartres) pour le cystique et le cholédoque, sous le nom de *Massage des voies biliaires*.

Mais, jusqu'à présent, ces vues théoriqnes n'ont eu aucune confirmation clinique, et Robson, pour chasser les calculs biliaires jusque dans le tube digestif, dit fort nettement qu'il a été toujours obligé de les *écraser* d'abord, soit avec les doigts, soit avec une pince. Ce n'est que dans ces conditions, que quelques jours après l'opération, on retrouve d'ordinaire dans les selles des fragments de calculs. Mais alors il y a *Cystico-lithotripsie*, et non simple refoulement et massage seul.

Cette opération, certainement possible dans des circonstances exceptionnelles, est donc des plus aléatoires. En tous cas, on peut s'y attarder quelques minutes, la laparotomie exécutée; mais, à la moindre difficulté, il vaut mieux recourir d'emblée à un procédé plus sûr.

4° Signalons enfin l'*extraction des calculs du cystique par la cholécystotomie ou Lithectomie cystique*.

L'extraction des calculs contenus dans le canal cys-

(1) *Progrès medical*, 25 juillet 1896.

(1) Il faut reconnaître que M. Maunoury ne parle de cette manœuvre que comme moyen adjuvant de la cholécystotomie, avant l'ouverture de la vésicule.

tique et le cholédoque par l'incision de la vésicule biliaire ne saurait constituer une opération spéciale. Il s'agit seulement d'une manœuvre, qui n'est que le complément d'une cholécystotomie vulgaire.

Pour le canal cystique surtout, il est bien certain que ce n'est là qu'un temps spécial de l'opération qui consiste à extraire les calculs contenus dans la vésicule. Pourtant les auteurs, et Courvoisier en particulier, décrivent à part cette opération. Nous aurions peut-être tort de ne point suivre cet exemple. Aussi bien quelques lignes y suffiront-elles.

L'extraction des calculs du cystique par la vésicule est ordinairement facile, soit au cours de la cholécystotomie, soit même lors de cholécystectomie; et, dans ce dernier cas, quand il est absolument impossible d'enlever le calcul, peut-être pourait-on le laisser en place, comme certains chirurgiens l'ont fait sans grands inconvénients.

Mais, si l'on ne veut pas tourner la difficulté de l'extraction d'une façon aussi peu sûre, on peut parfois se heurter à des lésions anatomo-pathologiques dont on a grand'peine à triompher. Dans ces conditions, pour enlever les calculs, on a eu recours à une foule de moyens, sur lesquels nous ne pouvons insister et qu'on peut résumer ainsi: a) *Extraction simple,* à l'aide de spatules, curettes, pinces, etc. C'est l'opération typique, qui est rarement exécutable. b) *Extraction avec broiement* sur place des calculs, c'est-à-dire avec *Cysticolithotritie directe.* Marcel BAUDOUIN.

Ouverture du cours de M. Babinski.

Samedi, 20 février, à l'Hôpital de la Pitié, à 10 heures du matin, M. BABINSKI, médecin des hôpitaux, devant de nombreux auditeurs, a inauguré ses leçons cliniques sur les maladies du système nerveux.

M. Babinski a débuté par des considérations générales, tendant à démontrer qu'une étude fructueuse de la séméiologie nerveuse ne pouvait avoir lieu qu'en pratiquant l'examen clinique des malades. Les traités didactiques sont insuffisants pour faire un bon neurologiste. Et, joignant l'exemple à la parole, M. Babinski présente à ses auditeurs un malade atteint de troubles nombreux et complexes dans la sphère des 5e, 6e, 7e, 8e, 9e paires, qui, de plus, frappé d'une paralysie alterne, est atteint d'une compression de la protubérance. Nous ne pouvons reproduire ici l'examen minutieux des symptômes auquel M. Babinski s'est livré et les conséquences précises qu'il en a su tirer. Nous nous contenterons de rappeler que M. Babinski, un des plus distingués élèves de Charcot, a hérité de la méthode claire et précise du Maître.

UNE DÉCORATION COMME ON EN VOIT PEU. — M. le Dr Yersin, qui vient d'être nommé *Officier de la Légion d'honneur*, est ce *jeune* médecin des colonies (il n'a pas encore trente-cinq ans), qui est en ce moment occupé à soigner les pestiférés de Bombay. « Les amis que compte ce jeune savant, dit le *Figaro*, se réjouiront avant lui et sans doute plus que lui de la croix d'officier qui vient de récompenser son mérite. Au moment où notre influence commerciale est si attaquée par nos rivaux en Extrême-Orient, la découverte du Dr Yersin, qui permet peut-être d'arrêter les ravages de la peste, nous rend en Asie un prestige moral dont l'avenir montrera toute l'importance.

HOMMAGE AUX MÉDECINS TCHÈQUES. — Le Conseil municipal de Nancy réuni le 26 janvier, a décidé l'envoi d'un télégramme de sympathie au Dr Polipny, nouveau bourgmestre de Prague, qui était président des Sokols lors de l'arrivée de ces derniers à Nancy, en 18[illegible]2.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 février 1897.

Sur une lipase végétale extraite du Penicillium glaucum.

M. GÉRARD a expérimenté l'action des ferments solubles du *Penicillium glaucum* sur la monobutyrine, et il a constaté que celle-ci est décomposée et que l'acide butyrique est mis en liberté. En conséquence, les ferments extraits du Penicillium glaucum renferment la *lipase* de M. Hanriot. Le *Penicillium* cultivé sur liquide de Raulin additionné de monobutyrine met aussitôt en liberté de l'acide butyrique libre, ce qui pouvait être prévu, étant données les expériences précédentes.

Influence de la diète et de l'inanition sur les effets de certaines toxines microbiennes.

MM. J. TEISSIER et L. GUINARD ont étudié comparativement l'action de la pneumobacilline et de la toxine diphtéritique sur des chiens alimentés et sur des chiens en inanition, et ils ont constaté que les chiens en inanition résistent beaucoup plus longtemps et quelquefois même complètement aux effets de ces toxines. Quand ils succombent, les lésions sont toujours beaucoup moins graves que chez les animaux témoins. Pour expliquer ces résultats, les auteurs font deux hypothèses : ou bien les toxines se trouvant en contact avec des éléments cellulaires affamés seraient détruites avant d'avoir pu produire la totalité de leurs effets, ou bien les toxines n'agiraient pas ou agiraient plus lentement, parce que l'organisme inanitié manquerait des éléments sur lesquels porte leur activité fermentative. De ces deux hypothèses, la seconde paraît la plus vraisemblable. Ces expériences prêtent à des considérations du plus haut intérêt relativement à la question de la diète dans le traitement des maladies infectieuses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 février 1897. — PRÉSIDENCE DE M. GLEY.

M. FÉRÉ rapporte une observation d'*amnésie rétroactive*, survenue chez un bicycliste à la suite d'un effort violent.

M. GUIRAUT (de Toulouse) adresse une note sur la *recherche et la constatation du Streptocoque dans l'eau.*

MM. MÉRY et LORRAIN rapportent l'*observation bactériologique de différents cas de scarlatine*, dans lesquels l'examen des exsudats de la gorge, de l'urine, du sang, d'abcès intercurrents, ont révélé la présence de sept variétés de streptocoques, dont six réfractaires au sérum de Marmoreck; à ce point que les lapins inoculés avec les cultures du Streptocoque et avec le sérum, mouraient avant les lapins témoins, n'ayant reçu que l'injection infectante.

M. VAN ERMENGHEM (de Gand) a trouvé comme *agent du botulisme un microbe*, dont la toxine est extrêmement active et produit, par injections, la mydriase, la diarrhée, les vomissements, les hémorragies diffuses et les stéatoses viscérales que l'on observe dans le botulisme aigu.

MM. TEISSIER et GUINARD (de Lyon) ont constaté que l'*action des toxines bacillaires variait avec leur âge.* Fraîches, elles déterminent surtout des extravasations sanguines. Plus âgées, elles portent surtout leur action sur le système nerveux et déterminent des lésions chroniques.

M. CHARRIN rappelle qu'il a insisté dans ses travaux sur les toxines sur les effets nerveux chroniques des toxines et qu'il a donné une vue d'ensemble de ces effets sur les hémorragies, en montrant l'action des toxines sur les parois vasculaires, sur les éléments figurés du sang et sur la constitution chimique du sérum. A. P.

Séance du 20 février 1897. — PRÉSIDENCE DE M. GLEY.

M. FÉRÉ lit une note sur *l'influence de la position de l'œuf* sur le développement de l'embryon.

M. LANGLOIS a étudié et reconnu comparativement aux

autres extraits d'organes, le *pouvoir toxique des capsules surrénales de grenouille*.

M. Widal a recherché avec M. Sicard les *variations du pouvoir agglutinatif du sérum du sang* des typhiques et a constaté qu'on pouvait trouver la courbe de ce pouvoir variable d'un cas à l'autre. Tantôt il s'élève, tantôt il reste stationnaire, tantôt il s'abaisse assez rapidement. La seule régle constante c'est de le voir diminuer pendant la convalescence; cette réaction reste donc liée à la période d'infection, ce n'est pas, par conséquent, une réaction d'ordre immunisant; et elle n'a rien de commun avec les recherches faites sur l'agglutination par les sérums d'animaux vaccinés par MM. Charrin et Roger en 1889.

M. Charrin dit qu'en effet la réaction agglutinante au cours de l'infection ne faisait pas l'objet spécial de ses recherches.

MM. Klippel et Lefas rapportent une observation de *crises d'hypersécrétion salivaire*, se produisant à la fin des accès douloureux dans un cas de tic douloureux de la face, et qu'ils comparent à la crise d'hypersécrétion bronchique qui suit l'accès d'asthme.

M. Parmentier communique le résultat de l'*examen du sang dans un cas de diabète bronzé*. Il existait une légère anémie, pas de leucocytose, une surcharge de fer dans le corps thyroïde et surtout dans le foie, ce qui confirme les recherches antérieures de M. Lapicque.

MM. Hougounencq et Doyon adressent une note sur *le pouvoir dénitrifiant du Coli-bacille et du bacille d'Eberth*. Ce pouvoir est commun aux deux bacilles et facile à constater sur les cultures chargées de nitrate de potasse ou de soude.

M. Gellé communique une observation d'*hyperesthésie auditive douloureuse* chez un éthéromane de 60 ans. Il existait de l'insomnie, des sensations sonores persistantes, et de véritables hallucinations de l'ouïe, rendant tout travail impossible. La seule lésion saisissable était un certain degré de sclérose otique, avec ankylose de l'étrier.

MM. Méry et Lorrain ont constaté l'insuccès du sérum de Marmoreck sur les streptocoques secondaires de la scarlatine. Ils en concluent que ce streptocoque est une variété fort différente de celui qui a servi à M. Marmoreck à préparer son sérum.

M. B. Renon pense que, dans les streptocoques de l'infection puerpérale, il doit également s'en trouver de réfractaires, car il n'a pas eu de bons effets en clinique de l'emploi du sérum de Marmoreck.

M. Dejerine fait une importante communication sur les *rapports entre la corticalité du cerveau et les centres sous-corticaux*. Il décrit trois groupes de fibres de l'étage inférieur du pédoncule cérébral, deux latéraux très petits, un moyen volumineux, constituant le faisceau pyramidal proprement dit; cette conception, que M. Déjerine a déjà formulée, il la maintient contre les affirmations de Flechsig qui donne une description nouvelle, basée sur l'apparition progressive de la myéline dans la gaine des fibres longues du cerveau. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février. — Présidence de M. Hervieux.

L'assainissement des usines d'allumettes.

M. Magitot discute les conclusions de la Commission. Il regarde la suppression du phosphore blanc comme impraticable. Elle a vainement été essayée en Suisse et en Belgique. Il propose donc les mesures suivantes :

1° Les connaissances actuelles en matière d'hygiène permettent de réaliser l'assainissement complet des usines d'allumettes, sans apporter aucune modification à la technique industrielle.

2° Cet assainissement repose sur la mise en pratique des deux procédés suivants :

A. *Ventilation forcée des ateliers*, ventilation générale, isolée, individuelle, etc., par les moyens dont dispose l'art de l'ingénieur. B. *Sélection ouvrière*, ne permettant ni l'entrée ni le maintien dans l'usine de tout ouvrier atteint d'une lésion initiale de la bouche, porte d'entrée de la nécrose.

3° *Ventilation* et *sélection*; toute la prophylaxie est renfermée dans ces deux termes.

4° Les observations et les expériences que fournissent les usines actuelles des allumettes permettent d'affirmer et de prouver l'efficacité complète et absolue des mesures proposées.

5° L'assainissement de toute usine d'allumettes existante est possible d'une façon immédiate, c'est-à-dire dans les délais compatibles avec l'installation d'une machine et avec la réforme graduée et progressive des ouvriers menacés.

M. Vallin regarde les mesures hygiéniques comme absolument accessoires. La seule mesure vraiment efficace est la suppression du phosphore blanc.

M. Magitot répond par l'expérience pratique des usines d'Aix et d'Alger où le phosphore blanc est employé sans accidents.

M. Roussel, malgré les difficultés industrielles, défend l'emploi exclusif du phosphore amorphe.

M. Laborde, ayant fait remarquer que l'Académie n'était pas en nombre, on renvoie à la prochaine séance le vote des conclusions de la Commission.

Tarsoptose et tarsalgie.

M. Bloch distingue deux variétés de tarsalgie : le véritable pied plat douloureux de Gosselin, pour lequel il propose le nom de tarsoptose : la série des autres affections douloureuses, arthrites et contractures du pied.

Elections.

M. Napias est élu dans la section d'hygiène par 42 voix contre 18 à M. Le Roy des Barres, 5 à M. Laugier, 3 à M. Du Cazal, 1 à M. Josias, 1 à M. Martin, 1 à M. Richard, 1 à M. Netter et 1 bulletin blanc. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 février 1897. — Présidence de M. Debove.

Troubles du thorax dans la syringomyélie.

M. P. Marie et M. Astié font part d'un nouveau trouble spécial à la syringomyélie et qui porte sur le thorax. Ce trouble trophique donne lieu à une dépression antérieure et médiane de la cage thoracique qui prend l'aspect d'un bateau dont la proue serait vers la base du cou et la poupe au rebord inférieur chondrocostal. Cette déformation n'est pas le fait d'une déviation de la colonne vertébrale et le *thorax en bateau* peut être rangé parmi les signes physiques de la syringomyélie.

Statistique de la scarlatine à l'Hôpital Trousseau en 1896.

M. Comby donne lecture de la statistique de la scarlatine à l'Hôpital Trousseau en 1896. 500 enfants scarlatineux y ont été soignés. L'âge de la majorité des malades est entre 6 et 7 ans; il y a eu un peu plus de filles atteintes que de garçons (260 filles et 240 garçons). La mortalité a été de 11,6 pour 100 et le plus souvent a été la conséquence de complications. M. Comby a de préférence appliqué à ses petits malades un traitement hygiénique, borné aux bains tièdes et au régime lacté.

Pleurésie purulente due au bacille de Friedlander.

M. Siredey signale un cas de pleurésie avec épanchement compliquée de phlegmasie pulmonaire. La maladie fut prise pour une pneumonie caséeuse. Des ponctions donnèrent d'abord issue à un liquide séreux. Une dernière ponction donna un pus épais, dépourvu, comme les crachats du reste, de bacilles de Koch, mais où l'on trouva le pneumobacille encapsulé de Friedlander. L'autopsie du reste vérifia ce diagnostic bactériolologique.

M. Rendu fait remarquer la gravité des bronchopneumonies dues au bacille de Friedlander, malgré l'opinion de quelques auteurs.

M. Siredey rappelle que M. Letulle ne parle que des pleu-

rénes simples à bacille de Friedlander, qui semblent être bénignes. M. Sevestre a remarqué aussi la même bénignité dans les angines dues au pneumobacille. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

Chirurgie du poumon.

M. LEJARS rapporte deux observations de pneumotomie pour gangrène pulmonaire avec décollement explorateur de la plèvre.

M. BAZY. — Dans un des cas de M. Lejars, c'est la pleurotomie exploratrice, qui a été faite. A l'égard de l'influence de l'auscultation et pression intra-pulmonaire, il rapporte une observation de pleurésie à odeur gangréneuse où, sous l'influence de la respiration artificielle rendue nécessaire par la chloroformisation, le poumon rétracté vers la colonne vertébrale s'est déplissé et est venu se mettre en contact avec la paroi thoracique.

M. ROUTIER. — Chez un malade atteint de pleurésie purulente interlobaire, l'incision directe a suffi à évacuer le contenu purulent et à amener la guérison.

Tuberculose du rein.

M. ROUTIER. — Les observations rapportées par M. Tuffier sont analogues à celles publiées. On a dit que les trois raisons opératoires étaient la douleur, l'hématurie et l'infection L'infection l'a amené à faire la néphrotomie seule 6 fois et 3 fois la néphrectomie. Dans bon nombre de cas, il est nécessaire, après la néphrotomie, de faire ultérieurement et secondairement la néphrectomie.

Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération de la portion supérieure de l'urèthre.

M. BERGER. — Dans ce cas, la fistule vésico-vaginale résultait d'un accouchement antérieur chez une quintipare. L'accès de la fistule était facile; il n'y avait ni brides ni dépression. En explorant l'urèthre, on le trouva complètement oblitéré. Le fait est intéressant parce que, malgré la destruction totale et l'oblitération secondaire du col de la vessie, la malade peut retenir ses urines et que les fonctions du col se sont rétablies.

M. SCHWARTZ présente des photographies de Rœntgen pour *fracture de l'humérus et luxation du radius avec résection.*

M. SCHWARTZ présente un *anévrisme inguinal extirpé.*

M. LEJARS présente un malade atteint de *fracture du crâne, trépanée (fracture de la table interne), suivie de guérison.*

M. THIERRY présente un malade qui a reçu un *coup de feu dans la région cervicale; anévrisme artério-veineux; radiographie de la balle fixée au niveau de la 3e vertèbre cervicale.*
M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 février 1897. — PRÉSIDENCE DE M. JOSIAS.

Iodo-thyroïdine et préparations à base de iodo-thyroïdine.

M. CATILLON. — L'iode est contenu en notable quantité dans les extraits aqueux et glycérinés des glandes thyroïdiennes. Ces préparations à base d'iodo-thyroïdine, qui se vendent sous forme de tablettes, le plus ordinairement, seraient préférables d'après l'auteur au corps thyroïde en nature, qui peut être altéré ou kystique, et de teneur variable en principes actifs. M. Catillon donne d'intéressants détails sur la préparation de l'iodo-thyroïdine.

Chloro-anémies.

M. HUCHARD insiste sur la différence entre la chlorose qui est congénitale et les anémies qui sont acquises. Il élimine les pseudo-chloroses. Il admet au point de vue thérapeutique trois sortes de chloroses: 1° Les *chloroses légères*, qui relèvent comme traitement de simples mesures d'hygiène. La première condition pour leur guérison est le repos. Certaines jeunes filles du monde sont atteintes de chlorose durant l'hiver, surmenées par les plaisirs de la ville. Les campagnardes, qui sont surmenées par le travail des champs, sont atteintes de la chlorose en été. 2° Il est des *chloroses dans lesquelles le fer est nuisible*: ce sont les chloroses dyspeptiques. Il faut d'abord soigner la dyspepsie avant de songer à améliorer la chlorose. 3° Les *chloroses où le fer est utile* sont celles où l'estomac n'est pas troublé dans son fonctionnement. Il faut alors administrer le fer en débutant par de très faibles doses (lactate de fer, protoxalate, etc., à la dose de 0 gr. 10 par jour par exemple) Les climats d'altitude trop élevée sont dangereux aux chlorotiques. Les climats de moyenne altitude (800 mètres) sont préférables. Les eaux arsenicales de La Bourboule, par exemple, à une altitude moyenne, sont très recommandables. En résumé, beaucoup de repos, une bonne hygiène et le moins possible de médicaments, tel est le traitement à recommander pour la chlorose.

M. LEGENDRE, à propos du traitement de la chlorose, croit que le repos n'est pas suffisant pour guérir la chlorose complètement; il ne fait que l'améliorer; le fer est nécessaire pour amener la guérison complète. Il y a une contre-indication pour les chlorotiques: c'est le séjour sur le bord de la mer. Il en est de même des grandes altitudes. Les chlorotiques se trouvent très bien des bains d'air comprimé et du séjour dans les stations d'altitude moyenne. La balnéation chlorurée sodique peu intense produit aussi de grandes améliorations.

M. HUCHARD, en réponse à une question de M. Barbier sur l'albuminurie des chlorotiques, croit que souvent l'albuminurie tient à des troubles hépatiques ou gastriques, que les lésions du rein dans la chlorose sont secondaires et dues à une autre cause que la chlorose. Il rappelle le cas d'une malade chlorotique, morte de néphrite, due à l'application répétée de vésicatoires.

M. LEGENDRE croit bien que souvent, dans la chlorose, il y a des intoxications; mais il pense qu'il faut réserver la question de l'urémie dans la chlorose. Il rappelle les améliorations obtenues par les saignées répétées : ce qui est d'accord avec l'hypothèse d'une intoxication. J. N.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 18 février 1897. — PRÉSIDENCE DE M. O. BEAUREGARD.

M. VALKAR présente au nom des savants de Lemberg une *carte ethnographique des Petits Russiens* qui formeraient *toute* la masse de la population, depuis le Don jusqu'à la haute Theiss, en Hongrie. — Diverses autres présentations sont faites par MM. Sanson, de Mortillet.

M. HERVÉ communique les résultats de l'étude qu'il a faite des deux groupes de notre population, le *kymrique* et le *celtique*, au point de vue de leur tendance plus ou moins grande à s'agglomérer. Ce que les statistiques appellent la population *éparse*, les habitants par maisons isolées, représente 36 0/0 de la population entière de la France. Cette proportion s'élève sensiblement dans le centre et l'ouest (40 0/0), alors qu'au contraire elle s'abaisse beaucoup au nord et à l'est (25 et 30 0/0). Si l'on compare des départements situés dans les deux régions opposées, comme, par exemple l'Orne et le Puy-de-Dôme en pays celtique (?), avec la Meuse et la Marne en pays kymrique, on observe ceci : alors que, dans l'Orne, il y a 16,000 villages et hameaux pour 512 communes, dans la Meuse il n'y a plus que 859 villages et hameaux, malgré un nombre un peu plus élevé de communes (586). De même, dans le Puy-de-Dôme, il y a 9,390 hameaux et villages pour seulement 470 communes, alors que, dans la Marne, pour 660 communes, il n'y a plus que 1,500 hameaux et villages. M. Hervé affirme que cette façon si différente de se grouper dépend du caractère de race des deux populations.

M. ZABOROWSKI lui objecte que les nécessités de la culture dominent tout. Il est *matériellement impossible* à des cultivateurs faisant de la grande culture, élevant des bestiaux qu'il faut conduire aux champs deux fois par jour, de former des agglomérations importantes. Chacun d'eux est obligé de vivre autant que possible auprès ou au milieu de son exploitation. Plus le sol est pauvre, plus il est accidenté, plus les fermes sont étendues et plus la dispersion est grande. Dans les départements où il y a peu de villages, il y a proportionnellement

plus de bourgs et de villes, c'est-à-dire, en somme, plus de gens vivant d'autre chose que de la culture. Les Flamands sont d'ailleurs curieux par leur habitude de s'entasser en des maisons légères. Il y a, sans doute, parmi eux, beaucoup d'ouvriers de la terre. Mais ils s'en vont au loin, entreprennent, par exemple, les moissons jusqu'à Orléans, et reviennent vivre le reste de l'année avec leur pécule. Leurs habitudes d'entassement peuvent donc tenir à des conditions d'existence particulières, anciennes et actuelles. Z.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du Jeudi 11 février 1897.

M. Durante montre des coupes de *déciduome malin et de placenta dans les premières phases du développement.* Il fait ressortir les analogies qui existent entre les figures que l'on y observe. S'appuyant sur ce que l'on connaît de la structure et du développement histologique du placenta, l'auteur conclut à la nature épithéliale de ce néoplasme et à son origine purement fœtale. Il s'agit non pas d'un sarcome, mais d'un épithélioma ecto-placentaire.

M. Doléris. — Les cellules déciduales et les cellules de l'ectoderme fœtale ont de grandes analogies au point de vue anatomique. Il paraît donc bien difficile de se prononcer en présence d'un déciduome et de leur attribuer une origine fœtale exclusive. De plus, dans les 30 ou 35 cas de déciduome confirmée, il en est 6 ou 7 pour lesquels il est impossible d'admettre l'origine fœtale, car le commémoratif grossesse ou fausse couche manque dans leur histoire.

M. Durante ne croit pas qu'il existe des faits de déciduomes malins vrais en dehors de la grossesse. Parmi les faits publiés comme tels, les uns concernent des tumeurs d'une toute autre nature, où l'on ne rencontre pas les éléments caractéristiques du déciduome; ce sont probablement des sarcomes ou des adéno-sarcomes de la muqueuse utérine. Les autres, qui concernent probablement des déciduomes vrais, sans môle hydatiforme, sans polypes placentaires, sans même grossesse récente, ont été observés chez des multipares, et l'on signale toujours avant le début de l'affection, un arrêt des règles pendant un, deux ou trois mois, puis l'apparition de métrorrhagies; ensuite la tumeur maligne suit son cours. Il est bien probable qu'ici on se trouve en présence d'un processus arrêté dès les premiers mois de la gestation.

MM. Durante et Sivon. — *Atrésies multiples moniliformes de l'intestin grêle, chez un enfant à terme.* — Cet enfant provient du service de M. Porak. Il mourut d'une obstruction intestinale en quatre jours, après sa naissance. A l'autopsie, on trouva un arrêt de développement de l'intestin grêle : l'iléon, à partir du cæcum et sur une longueur de 25 à 30 centimètres, se présentant sous la forme d'une série de segments intestinaux fermés à chaque extrémité par un cul-de-sac conique. Histologiquement, ces culs-de-sac présentent la structure normale de l'intestin, mais avec des tuniques muqueuses et musculaires atrophiées.

MM. Doléris et Scheffer. — *Un cas de fracture intra-utérine du tibia, avec vice de conformation.* — Il s'agit d'un enfant qui naquit à terme et qui présentait les malformations suivantes : Jambe déformée, un peu au-dessous de la moitié du tibia; cet os paraît augmenté de volume et présente en avant, au niveau de sa crête, un angle saillant. Au niveau de la convexité de cet angle osseux est une petite dépression cutanée circulaire, large de 2 ou 3 millimètres, blanchâtre, légèrement adhérente avec la profondeur. La jambe est aplatie sur sa face externe, les muscles péroniers semblent atrophiés, le péroné paraît mal développé et confondu avec le tibia. Pied en varus équin. Il n'y a que quatre orteils, le deuxième manque.

M. Kirmisson pense qu'il s'agit là, non d'une fracture intra-utérine, mais d'un arrêt de développement du membre inférieur.

M. Porak. — Il faut admettre avec la plus grande réserve les observations de fractures traumatiques, intra-utérines. Dans l'achondroplasie, la disposition angulaire des os longs est due à des courbures et non à des fractures.

M. Porak. — *Insertion vélamenteuse du cordon pendant le travail.* — Il s'agit d'une primipare dont le travail dura 70 heures. L'enfant mourut avant la dilatation complète et la rupture des membranes. Le liquide amniotique était semblable à de la purée de pois et en petite quantité. Le placenta montre une insertion vélamenteuse du cordon sur le pôle inférieur. La rupture des membranes artificielles se trouvait placée entre l'insertion du cordon et le bord du placenta, inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Les vaisseaux qui limitaient la déchirure des membranes ne furent pas déchirés. La mort de l'enfant s'explique facilement par la compression du cordon au point de son insertion sur les membranes.

MM. R. Pichevin et Auguste Pettit. — *Sur le kraurosis vulvæ.* — Indépendamment des lésions leucoplasiques dont la muqueuse vulvo-vaginale peut être le siège et dont ces auteurs ont déjà fait connaître deux cas au Congrès de Genève, il existe une affection qui, pour présenter quelques analogies avec la précédente, n'en constitue pas moins une entité morbide distincte, caractérisée au double point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Décrite pour la première fois en 1885 par Breisky, cette affection a été observée rarement; en France personne ne l'a encore signalée. Pichevin et Pettit font connaître un cas de kraurosis typique, dont ils tracent le tableau clinique et anatomo-pathologique. Cliniquement, l'altération se traduit par l'apparition de plaques blanchâtres rappelant les caractères de la leukokératose. Les lésions se résument en une inflammation chronique et une sclérose du derme, aboutissant à dégénérescence des nerfs et des glandes. Du côté de l'épiderme, on constate une hyperkératinite et une dégénérescence hyaline. Enfin, ces auteurs montrent que le kraurosis ne peut être identifié avec la leucoplasie.

REVUE DE MEDECINE

I. — Formes rares d'affections héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle; par Higier.—*Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde*, IX, Bd., p. 1-2.

I. — L'étude des affections familiales et héréditaires du système nerveux a fait, dans ces dernières années, de très grands progrès. Les formes cliniques se sont multipliées, et ces affections forment actuellement un groupe complexe et touffu, où l'on peut déjà faire plusieurs subdivisions. Cependant, on est loin de connaître encore toutes les variétés cliniques possibles. Le travail d'Higier en est la preuve. L'auteur a pu observer quatre sœurs, présentant des phénomènes pathologiques identiques ; il s'agit donc d'une maladie familiale, mais l'hérédité fait défaut. Notons encore que le père et la mère sont cousins germains. La mère a eu neuf enfants; tous les accouchements ont été normaux, et, à la naissance, tous les enfants étaient bien portants. Des sept filles actuellement vivantes, la plus âgée et les deux plus jeunes sont parfaitement bien portantes aux points de vue physique et psychique; les quatre autres, âgées de 24, 20, 18 et 17 ans, sont le point de départ du travail. L'affection s'est montrée longtemps après la naissance, entre la 7ᵉ et la 12ᵉ année. Dans ces quatre cas, la maladie débuta sans fièvre, sans cause physique ou psychique appréciable. Le premier phénomène observé fut la faiblesse et la raideur des jambes, qui aboutit progressivement à la paraplégie spasmodique, avec contracture des adducteurs de la cuisse et des fléchisseurs de la jambe. Pied-bot varus équin avec hyperextension du gros orteil et flexion plantaire des autres orteils. Troubles trophiques (œdème, cyanose) de la face. La marche et la station debout sont presque impossibles, la position assise très difficile. Du côté des membres supérieurs, les troubles apparaissent trois ou quatre ans après le début de la maladie. Ils se caractérisent en partie par de la faiblesse et de la maladresse, en partie par un tremblement de mains dans les mouvements volontaires. L'écriture est mauvaise; la couture et le tricotage impossibles. Chez la sœur aînée, il existe, outre la déformation de la main et des doigts, une atrophie musculaire évidente portant principalement sur les petits muscles de la main et des bras ; moins prononcée sur les muscles de la

ceinture scapulaire et de l'avant-bras, se rapprochant en partie de l'atrophie myélopathique, en partie de l'atrophie myopathique. Cette même malade présente aussi de l'atrophie de la cuisse et de la jambe. L'atrophie et la parésie sont égales des deux côtés. Aux membres supérieurs les réflexes sont, les uns normaux, les autres exagérés. Aux membres inférieurs, le réflexe périostal du tibia, le réflexe rotulien sont exagérés; il y a même clonus du pied chez la dernière des sœurs. Chez l'aînée, où les muscles de la cuisse sont atrophiés, le réflexe du genou a diminué dans ces dernières années. Réflexe plantaire normal. Dans le domaine des nerfs cérébraux nous trouvons : difficulté de la déglutition, bradylalie, nasonnement, strabisme, subluxation de la mâchoire inférieure et nystagmus.— Des organes des sens, l'œil seul est touché; il présente de l'atrophie primitive du nerf optique très prononcée, avec rétrécissement du champ visuel, achromatopsie. La face a une expression stupide et l'intelligence est très altérée, surtout chez l'aînée et la plus jeune sœur. Pas d'anomalie des pupilles, de troubles de la sensibilité, ni des sphincters; pas de signes d'excitation sensitive ou motrice; pas de tonus musculaire exagéré aux membres supérieurs; pas d'hypertrophie ni de sensibilité des nerfs à la pression. L'évolution de la maladie a été essentiellement chronique. Quelle est la lésion de cette affection ? L'auteur admet comme vraisemblable une dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux, consécutive à une sclérose corticale. Le second neurone moteur — les cellules de la corne antérieure — est altéré chez la sœur la plus âgée. L'atrophie n'est pas de nature purement cérébrale; la moelle est aussi touchée. Suivent la relation et la discussion très intéressantes des cas analogues publiés jusqu'ici.

II. — **Les réflexes**; par Ch. Hughes. — *Alien. and Neurol.*, 1896, janvier.

II. — L'auteur admet, outre l'existence des fibres du faisceau pyramidal en connexion avec les cellules de la corne antérieure, d'autres fibres d'origine cérébrale, hypothétiques, agissant sur les cellules motrices de la moelle en renforçant les réflexes.

III. — **Atrophie musculaire**; par H. Higier. (I. Médecine interne et maladies des enfants, T. II). — Extrait de la *Bibliothèque des Sciences médicales*.

III. — Il s'agit d'une revue rapide du symptôme « atrophie musculaire » et des conditions qui peuvent lui donner naissance. L'auteur signale successivement : les atrophies musculaires congénitales, les absences congénitales des muscles, les hémiatrophies congénitale, croisée; les atrophies musculaires généralisées par consomption, les atrophies musculaires dans les névroses, les atrophies musculaires d'origine articulaire. Il décrit ensuite plus longuement les atrophies musculaires progressives relevant, soit d'une myopathie, soit d'une myélopathie (atrophie musculaire progressive, type Duchenne-Aran); de ce groupe, il rapproche l'amyotrophie familiale infantile spinale à type jambier de Hoffmann d'une lésion névritique. Ce dernier groupe comprend l'atrophie musculaire névritique à début par les membres inférieurs (type Hoffmann, Booth ou Charcot-Marie), la névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance de Déjerine et Sottas, l'atrophie musculaire progressive neuro-spinale de Bernhardt. Mise au point courte, mais précise, de la question, où les discussions et controverses sont nettement indiquées.

IV. — **Contribution à l'étude de la pathologie et de l'anatomie pathologique de la sclérose latérale amyotrophique**; par Collins.

IV. — L'auteur donne l'histoire clinique d'un malade qu'il a pu suivre pendant plusieurs mois. L'examen de la moelle et de l'écorce cérébrale a été fait à l'aide des méthodes les plus nouvelles. Le cas est tout à fait en faveur à la théorie de Charcot et contraire à celle de Leyden, Gowen, Senator, etc.

Ch. Mirallié.

Congrès des Habitations a bon marché a Bruxelles. — Un congrès international des habitations à bon marché se tiendra cette année à Bruxelles, les 23, 24 et 25 juillet prochain.

BIBLIOGRAPHIE

L'Urine humaine; par Camille Vieillard. — Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

L'importance de l'examen des urines devient de jour en jour plus grande et tout ouvrage destiné à rendre cet examen plus sérieux, plus précis, doit être accueilli avec faveur par le public médical. L'ouvrage de M. Vieillard, que nous présentons au public, mérite une attention toute spéciale. Il se compose de trois parties, que nous allons passer en revue.

Physiologie de l'urine humaine. — Après avoir développé d'intéressantes généralités sur la nutrition, l'auteur s'occupe du rôle de l'urine dans la désassimilation, puis aborde l'étude de l'urine normale, indique sa composition moyenne et fait ensuite connaître les principaux rapports urologiques. La toxicité et la septicité des urines, d'après les travaux de Bouchard et Charrin, font l'objet d'un chapitre spécial.

Chimie de l'urine. — Cette partie analytique est écrite avec le plus grand soin et révèle l'œuvre d'un praticien consommé. Après avoir parlé des déterminations générales relatives au volume, couleur, fonction, densité de l'urine, etc., M. Vieillard aborde l'étude du dosage des éléments azotés, urée, acide urique, azote total; il passe ensuite au dosage des éléments non azotés : chlorures, sulfates, phosphates, etc., et termine en indiquant la marche à suivre dans l'analyse des urines, et la manière dont on doit représenter les résultats de l'analyse.

Urines anormales et pathologiques. — La division faite ici par l'auteur ne manque pas d'importance; on rencontre, en effet, très souvent, des urines anormales qui ne renferment pas d'éléments pathologiques, et ce ne sont pas les moins intéressantes à étudier. Les urines pathologiques sont caractérisées par la présence de l'albumine, de la glycose, des pigments biliaires, etc. Les procédés de recherches et de dosage de ces éléments sont décrits avec le plus grand soin. Un chapitre important est consacré à l'examen microscopique, à la technique et aux méthodes de coloration. M. Vieillard étudie l'urine dans quelques états pathologiques, dans les diathèses, la goutte, l'obésité, le diabète, l'arthritisme. Cet ouvrage, œuvre d'un chimiste et d'un observateur consciencieux, renferme des aperçus nouveaux et mérite les éloges que lui adresse M. le Pr Gautier, dans la préface qu'il a bien voulu écrire pour lui.

P. Yvon.

VARIA

La Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris.

Pendant l'année 1896, 165.230 étudiants ont fréquenté la bibliothèque de la Faculté de médecine, et 260.000 volumes ont été communiqués. Il faut ajouter des milliers de volumes prêtés, soit à Paris, soit aux Facultés de province, et les ouvrages consultés dans les salles réservées. La bibliothèque s'est enrichie de 6.491 volumes ou brochures, thèses reçues de province ou des Facultés étrangères, brochures et publications de différentes sociétés savantes : Société de chirurgie, Société médicale des hôpitaux, Académie de médecine, Sociétés étrangères, enfin de dons particuliers, en très petit nombre d'ailleurs. Dans ces 6.491 publications, plaquettes ou fascicules divers qui sont entrés à la bibliothèque en l'année 1895, c'est *tout au plus si les ouvrages récemment parus figurent pour cent vingt.*

Pourtant cette malheureuse bibliothèque, dit la *Gazette des Hôpitaux*, agonise et se meurt, faute de l'argent nécessaire pour compléter les collections de ses ouvrages scientifiques qui restent en souffrance, faute d'argent pour acquérir les ouvrages récents les plus classiques, pour envoyer à la reliure les livres brochés, les publications périodiques détériorés par les manipulations journalières. Les journaux médicaux eux-mêmes, dont la moindre école de province possède la collection complète, ne pénètrent plus qu'en petit nombre à la Faculté. Les acquisitions d'ouvrages ont été restreintes, parce que le crédit alloué est absolument dérisoire. A peine suffit-il pour l'entretien matériel des salles et du mobilier, pour les reliures, les frais de bureau et les

salaires, minimes d'ailleurs, du personnel. On se demande comment, dans de pareilles conditions, la bibliothèque peut encore fonctionner. L'état actuel est lamentable, au-dessous de tout ce qu'on peut imaginer. On nous pardonnera d'insister autant sur ce point, mais les étudiants qui ont besoin de s'instruire, ceux qui veulent faire des recherches ou travaux personnels, nous comprendront ; ils se demanderont comment il sera possible de combler l'arriéré. On est effrayé devant les sommes énormes qu'il faudra plus tard, le jour où enfin l'on voudra reconnaître que la bibliothèque, encombrée de vieilles publications sans grande valeur, débris curieux d'un passé historique, n'existe plus qu'à l'état de fossile. »

Il est facile, si on le veut, de remédier à cette lamentable situation qui ne fait pas du tout honneur à notre pays : il faut augmenter les crédits affectés à la Bibliothèque. Le Sénat va discuter le budget. Espérons que les médecins qui siégent dans cette assemblée s'entendront pour obtenir en faveur de la Bibliothèque un crédit sérieux qui permette de la placer sur le même pied que les Bibliothèques des grandes Facultés de l'étranger. Les ministères ont une pléthore d'employés, qu'on y pratique non des saignées, mais des réductions, et on trouvera aisément de quoi doter efficacement la Bibliohèque de la Faculté, D[r] FREEMAN.

La Conférence sanitaire de Venise.

La commission technique, présidée par M. Brouardel, a terminé ses travaux. Les questions qu'elle a discutées au point de vue général seront examinées par deux sous-commissions. La première, présidée par M. Proust, examinera les mesures à prendre hors d'Europe. La deuxième, présidée par M. Souza Martins, examinera les mesures à prendre en Europe. Les délégués des Indes étant arrivés, la conférence a repris ses travaux interrompus.

La conférence sanitaire, réunie en séance plénière, a reçu communication de la délégation anglaise que le gouvernement britannique a décidé de prohiber absolument pour cette année les pèlerinages des Indes à la Mecque (1). Chaque délégation, ayant exposé les vues de son gouvernement respectif, la conférence a voté une motion demandant que les puissances ayant des populations musulmanes adoptent pour cette année des mesures destinées à empêcher, ou du moins à limiter par tous les moyens dont elles disposent, les pèlerinages des pays respectifs.

La peste bubonique aux Indes.

Une dépêche d'Odessa au *Times* annonce que le gouvernement du tsar a interdit le pélerinage de la Mecque à ses sujets musulmans, dans la crainte qu'ils propagent l'épidémie de fièvre bubonique.

A Bombay, la chambre du commerce a adressé au gouvernement vice-royal des Indes une proposition demandant que les navires soient astreints à prendre des patentes nettes à Aden et qu'un poste international soit établi aux Puits de Moïse pour accorder ces patentes. La *Gazette de Bombay* dit qu'on peut dès maintenant utiliser du sérum du docteur Haffkine dans les cas de peste où le malade n'est pas mourant. Ce traitement a donné de très bons résultats. Les autorités se proposent d'établir un poste pour l'inoculation. Plus de mille notables indigènes et européens ont déjà été inoculés.

De Bombay on écrit encore que les indigènes occupés à la Monnaie et qui travaillent dans une atmosphère imprégnée de vapeurs d'acide hypoazotique ne sont pas atteints de la peste, bien que ces ouvriers habitent des quartiers infectés. Autre point à signaler, c'est que dans quelques-uns des quartiers primitivement contaminés, comme celui de Mandvi, par exemple, le nombre hebdomadaire des cas est actuellement très restreint et celui des décès presque nul.

Le correspondant de la *Semaine medicale* à Poonah annonce que dans cette ville, contrairement à ce qu'on a constaté à Bombay et à Hong-Kong, l'épidémie n'a pas été précédée ni suivie de la mort des rats.

Par suite des nouvelles précises concernant l'absence de la peste en Afghanistan, l'envoi de médecins russes en Perse est ajourné. L'amiral prince Schakovskoï part pour la mer Noire avec pleins pouvoirs pour diriger les mesures. Le docteur Yersin est parti pour Bombay, où il va porter du sérum de la peste.

M. Chantemesse, inspecteur des services sanitaires du ministère de l'intérieur, est arrivé à Marseille et s'est rendu au lazaret du Frioul avec les membres de la commission spéciale nommée dernièrement par le conseil sanitaire marseillais en vue d'étudier les voies et moyens de désinfection des marchandises. La commission s'est particulièrement attachée à démontrer à M. Chantemesse la nécessité de construire des appontements, des hangars, des voies dallées, des chambres à sulfuration, des aires à ventilation, etc., en un mot divers moyens de désinfection suivant la nature des marchandises. M. Guérard, ingénieur en chef des ponts et chaussées, a été chargé de dresser les plans et devis et de présenter un rapport dans les quarante-huit heures. Les dépenses sont évaluées à 150,000 francs; et les Marseillais demandent qu'elles soient supportées par l'Etat, qui touche annuellement, en temps ordinaire, pour le stationnement des navires et les manipulations diverses opérées au Frioul, 350,000 francs. Quand ces installations seront terminées, on pourra procéder au lazaret à la désinfection du chargement de plusieurs navires.

La séparation du personnel enseignant du personnel examinant dans les Facultés de Médecine.

« Quelle doit et peut être la réforme relativement aux examens ? dit la *Tribune médicale*. Oh ! il y a longtemps que nous l'avons signalée ici, justifiée ; et cette justification est devenue aujourd'hui une telle démonstration de fait que tout le monde, dans la presse, comme dans l'opinion publique compétente, plaide et crie en faveur d'une nécessité que feignent, seuls, de ne pas comprendre et de ne pas voir les aveugles de parti pris et de profession, qui président aux destinées administratives de notre organisme scolaire.

« Cette réforme, c'est la *séparation du corps enseignant et du corps examinant*. Certes, cela n'est pas nouveau et fleurit depuis longtemps chez nos voisins mieux avisés, mieux outillés que nous ; il suffit de l'adapter, sans être de serviles copistes, à nos mœurs et à notre organisation. » (*Tribune méd.*, 24 février 1897).

Deuxième Congrès national d'Assistance.

Le deuxième Congrès national d'Assistance doit s'ouvrir à Rouen, le lundi 14 juin 1897, sous la présidence de M. le sénateur Théophile Roussel. Les questions à l'ordre du jour des séances générales sont :

1° Des diverses modes d'assistance aux nécessiteux valides sans travail. — *Rapporteur* : M. le D[r] Gibert, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

2° De l'organisation des Crèches. — *Rapporteur* : M. le D[r] Napias, inspecteur général des services d'assistance au Ministère de l'intérieur.

3° Des divers modes d'assistance médicale et de l'hospitalisation des malades indigents dans les grandes villes. — *Rapporteur :* M. le D[r] Billon, secrétaire de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance.

4° Comment doit être pratiquée l'assistance aux vieillards ou infirmes privés de ressources. — *Rapporteur :* M. Fleury-Ravarin, député, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

La visite des établissements d'assistance au Hâvre sera probablement fixée au *samedi 19 juin*.

RÉGLEMENT GÉNÉRAL.

I. — *Institution et but du Congrès.*

Article premier. — Le deuxième Congrès national d'Assistance se tiendra à Rouen, du 14 juin au 20 juin 1897.

Art. 2. — Le but de ce Congrès est de réunir, à Rouen, les personnes qui voudront discuter les questions se rattachant au progrès de l'assistance en France.

Art. 3. — Les Administrations hospitalières, les Sociétés scientifiques, les Facultés, les coopérations, les syndicats, sont invités à prêter leur concours à cette œuvre et à s'y faire

(1) L'Angleterre a, en effet, adhéré à la ratification des conclusions de la conférence sanitaire internationale de Paris de 1885.

représenter par des délégués. Cette invitation est adressée individuellement à toutes les personnes que leurs travaux, leurs fonctions, leur amour du bien ou leurs sentiments charitables dirigent sur l'étude des questions d'assistance.

II. — *Travaux du Congrès.*

Art. 4. — Le comité d'organisation a résolu d'appeler particulièrement la discussion sur un certain nombre de questions dont le programme est annexé au présent règlement. Pour chacune d'elles, un mémoire, rédigé par des rapporteurs spéciaux, sera, si les ressources le permettent, adressé avant l'ouverture du Congrès.

Art. 5. — Néanmoins, d'autres questions intéressant l'assistance pourront être soumises aux délibérations du Congrès. Les auteurs sont tenus d'envoyer leurs mémoires au moins un mois à l'avance. Le Comité d'organisation demeurera juge de l'opportunité de chaque communication.

Art. 6. — Le Congrès tiendra deux séances par jour. La première, à neuf heures du matin, sera consacrée à l'examen des questions laissées à l'initiative individuelle, visées par l'article précédent. La seconde à deux heures, sera réservée à la discussion des questions proposées par le Comité d'organisation.

Art. 7. — Un discours, une lecture ne pourront durer plus de quinze miuutes, à moins que l'assemblée consultée n'en décide autrement. Le même orateur ne pourra parler plus de deux fois sur le même sujet. Des vœux peuvent être émis sur la demande du rapporteur ou des membres du Congrès.

Art. 8. — Les travaux du Congrès seront recueillis et publiés sous la direction du Comité d'organisation, qui se réserve le droit de limiter l'étendue de chaque publication. Chaque orateur pourra donner au Secrétariat, dans la journée, le résumé de sa communication ou de ses observations.

III. — *Composition du Congrès.*

Art. 9. — Le Congrès se compose de toutes les personnes ayant fait acte d'adhésion.

Art. 10. — Les dames peuvent être membres du Congrès.

Art. 11. — Les membres adhérents seront soumis à une cotisation de vingt francs. Ils auront droit à toutes les communications du Congrès.

Art. 12. — Les membres adhérents au Congrès pourront seuls présenter des travaux, en séance, et prendre part aux discussions et délibérations. Ils recevront une carte personnelle qui leur sera délivrée par les soins du Comité d'organisation.

Art. 13. — Le bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

RÈGLEMENT D'ORDRE INTÉRIEUR.

Le Congrès est dirigé par le Comité d'organisation.

I. — *Séances générales.* — La séance d'ouverture et la séance de clôture sont présidées par le bureau du congrès. Les séances générales sont présidées par un bureau respectif et sont réservées à la discussion des questions portées au programme général.

II. — *Séances du Congrès.* — Les séances du matin sont destinées aux communications émanant de l'initiative privée, sous condition d'en avoir à l'avance référé au Comité d'organisation. Pour les séances du matin, le Congrès se divise en trois sections :

1re Section. *Assistance publique en général, dépôts de mendicité, Mont-de-Piété.* — 2e Section. *Services de l'enfance. Crèches.* — 3e Section. *Hopitaux, hospices d'aliénés, assistance à domicile.*

Les sections discutent les questions mises à l'ordre du jour par le Comité d'organisation. Toutefois, le Congrès étant réuni, d'autres questions peuvent être introduites à la suite de l'ordre du jour, sur l'initiative des membres et d'accord avec le bureau des sections. Les séances générales et les séances des sections se tiendront à l'Hôtel-de-Ville.

Direction des débats. — Les bureaux des séances générales se composent de : un président, deux vice-présidents, deux secrétaires. Chaque section a son bureau particulier qui siège autant de fois que la section se réunit, et se compose de : un président, un vice-président, deux secrétaires. Chaque séance générale est dirigée par un bureau spécial composé comme ci-dessus. Les bureaux sont nommés par le Comité d'organisation. Le président effectif a seul la police de l'assemblée. Il donne et retire la parole. Les secrétaires sont chargés : 1° De rédiger le procès-verbal ; 2° de faire connaître à l'ouverture de chaque séance, la liste des publications, notes et travaux divers transmis à la section ; 3° de recueillir, pour les déposer au secrétariat général, les mémoires, notes, etc., présentés ou lus par les membres, ainsi que les publications offertes à la section. Ils sont tenus, en outre, de remettre chaque jour, au secrétariat général, une analyse sommaire de la séance dont ils étaient les secrétaires.

Le Comité appelle l'attention des membres du Congrès sur une série de questions qui pourraient être traitées dans les sections.

1re Section. — *Assistance publique en général ; Dépôts de mendicité. Monts-de-Piété.* — Sociétés d'assistance par le travail. Création de ressources spéciales pour l'assistance publique. Droit des pauvres. Moyens d'arriver à l'interdiction de la mendicité. Taux du prêt au Mont-de-Piété ; les Monts-de-Piété doivent-ils être autorisés à faire des avances sur valeurs mobilières ? Office central des œuvres charitables.

2e Section. — *Service de l'enfance. Crèches.* — Modifications à apporter à la législation sur les enfants assistés et moralement abandonnés ; admission à bureau ouvert ; domicile de secours ; déchéance de la puissance paternelle ; nécessité de la gratuité de la procédure ; organisation de la tutelle des enfants moralement abandonnés. Création de colonies ou d'établissements de moralisation pour les enfants qui ne peuvent être l'objet de placements individuels. Assistance aux pupilles infirmes arrivant à majorité. Secours temporaires ; assistance départementale et assistance communale ; enfants naturels et enfants légitimes. Protection de l'enfance ; application de la loi Roussel ; œuvres du lait gratuit aux enfants indigents ; Sociétés protectrices de l'enfance.

3e Section. — *Hôpitaux, hospices, asile d'aliénés, assistance à domicile.* — Assistance médicale gratuite dans les campagnes. Moyens d'assurer l'assistance chirurgicale rapide. Ambulances urbaines. Domicile de secours. Conséquences financières de la loi du 15 juillet 1893. Assistance des malades atteints d'affections contagieuses. Maternités, garantie du secret aux personnes admises. Assistance des tuberculeux. Assistance des épileptiques. Assistance aux convalescents. Sociétés de patronage pour les malades sortant des asiles d'aliénés. — Ce programme n'est nullement limitatif. Toutes les autres questions intéressant l'assistance, pourront être apportées dans les conditions prévues par l'article 5 du règlement.

Les adhésions continuent d'être reçues par M. le Dr Giraud, secrétaire de la Commission d'organisation, à Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 3. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Peyrot, Lejars, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Chauffard, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série*) : MM. Marchand, Delens, Walther. — (2e *série*) : MM. Ricard, Tuffier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Joffroy, Gaucher.

JEUDI 4. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Albarran, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassavant. — 3e *de Doctorat*, oral, (1re *partie*) : MM. Berger, Bar, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Letulle, Marfan. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Gilbert, Roger. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Raymond, Thoinot.

VENDREDI 5. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Chauffard, Gaucher, Widal. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Tillaux, Marchand, Ricard. — (2e *série*) : MM. Delens, Peyrot, Broca. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Thoinot, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 6. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Lahoulbène, Raymond, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hotel-Dieu : MM. Berger, Quénu, Hartmann. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Letulle, Achard. — (2e *série*) : MM. Debove, Gilbert, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

MERCREDI 3. — M. Vagniot. Le croup fruste. — M. Heyman. Des indications actuelles de la trachéotomie dans le croup de l'enfant. (Contre-indication du tubage) — M. Gaillard. Contribution à l'étude chimique du proteus. — M. Dauchelle. Etude sur les kystes synoviaux articulaires. — M. Plesoianu. Contribution à l'étude de l'hyperchlorhydrie et de son traitement.

JEUDI 4. — M. Ovize. Les fistules dentaires et d'origine dentaire. — M. Chenu. Quelques considérations sur les sérums lactescents. — M. Harispe. Rhumatisme articulaire aigu, Pathogénies multiples. Essai d'une pathogénie mixte. — M Baudrand. Contribution à l'étude des ulcérations laryngées consécutives au tubage. — M. Bellot. Du rôle du médecin dans la délivrance naturelle simple. — M. Maire. De la conduite à tenir en présence des mento-postérieures engagées.

VENDREDI 5. — Recherches sur l'histogénèse de l'écorce du cervelet. — M. Vidal. Influence de l'anesthésie chloroformique sur les phénomènes chimiques de l'organisme.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, recommencera un cours de technique microscopique et d'histologie pathologique, avec manipulations et exercices de diagnostic, le 15 mars, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 9, rue Marsollier, de 1 h. à 2 h. ou au laboratoire de 4 h. à 6 h.

Nous attirons l'attention de nos Lecteurs sur le Catalogue des livres au rabais joint à ce numéro.

FORMULES

XIII. — Gouttes contre la dyspepsie par atonie gastrique. (C. SCHWERDT).

Teinture de noix vomique. . . . 10 grammes.
Résorcine . . . . 0 gr. 50 centigr.
F. S. A. — A prendre : 5 à 10 gouttes trois fois par jour.

XIV. — Teinture antigoutteuse composée. (M. V. GAYLE).

Teinture de stramonium . . . . 4 grammes.
— de semences de colchique 6 —
— de gaïac . . . . . 60 —
Mêlez. — A prendre : trois cuillerées à café par jour, dans du lait.

XV. — Melange pour l'antisepsie intestinale. (M.-J. DE MAXIMOVITCH).

Naphtol α . . . . 3 grammes.
Chloroforme . . . . XV gouttes.
Huile de ricin. . . . . 100 grammes.
Essence de menthe poivrée . . . V gouttes.
Mêlez. — A prendre par cuillerées à bouche dans du vin de Porto, de la bière ou du café noir chaud et sucré. Chez les enfants cette préparation sera administrée par cuillerées à café.

XVI. — Pilules contre la cystite chronique (M.-L. JAYS).

Bleu de méthylène. . . . . 0 gr. 08 centigr.
Talc de Venise pulvérisé . . 0 12 —
Lanoline . . . . Q. S.
Mêlez. — Pour une pilule. Faites vingt pilules semblables. A prendre : deux à quatre pilules par jour. (*Sem. méd.*).

XVII. — Remède contre le coryza.

Acide borique en poudre . . . 3 grammes.
Extrait de menthol . . . . . 3 décigrammes.
Prendre une forte prise toutes les heures, jusqu'à ce que la muqueuse nasale soit sèche, c'est-à-dire pendant cinq ou six heures. Il est important d'employer ce remède dès le début du rhume et de le faire préparer au moment de l'emploi, car le menthol s'évapore rapidement, et la poudre perd ses propriétés au bout de quelques jours.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 au samedi 13 février 1897, les naissances ont été au nombre de 1 230. se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 463; illégitimes, 153. Total, 616. — *Sexe féminin* : légitimes, 440, illégitimes, 174. Total, 614.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 fév. au samedi 13 fév. 1897, les décès ont été au nombre de 925, savoir : 495 hommes et 430 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 3, T. 5 — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 15, F. 9, T. 24. — Scarlatine: M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 6, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 10, F. 0, T. 10. — Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 102, F. 80, T. 182. — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 9, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 14, T. 34. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 21, T. 37. — Méningite simple : M. 6, F. 6, T. 12. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 30, F. 22, T. 52. — Paralysie, M. 3, F. 2, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 2, T. 6. — Maladies organiques du cœur: M. 31, F. 36, T. 67. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 13, T. 25. — Bronchite chronique: M. 19, F. 12, T. 31 — Broncho-pneumonie : M. 31, F. 30, T. 61. — Pneumonie : M. 15, F. 25, T. 40. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 17, F. 27, T. 44 — Gastro-entérite, biberon : M. 14, F. 4, T. 18.— Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 4, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 2, F. 1, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 — Débilité congénitale : M. 8, F. 11, T. 19. — Sénilité : M. 18, F. 19, T. 37. — Suicides : M. 12, F. 6, T. 18. — Autres morts violentes: M. 13, F. 6, T. 19. — Autres causes de mort : M. 70, F. 47, T. 117. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 1, T. 2.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 115, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 46, illégitimes, 16. Total : 62. — *Sexe féminin* : légitimes, 35, illégitimes, 18. Total : 53.

UNIVERSITÉS. — *Conseils.* — Au Conseil supérieur de l'instruction publique, MM. Pitres et Brouardel avaient émis le vœu que le nombre des délégués des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie dans les Conseils des Universités fût porté de trois à cinq (le doyen, membre de droit, et quatre professeurs élus, deux représentant la médecine et deux la pharmacie). La Section permanente a pensé qu'il y avait lieu d'ajourner l'examen de cette proposition jusqu'au moment où seront étudiées les modifications à apporter aux règlements des Universités, et le ministre a adopté cet avis.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — *La Manifestation des étudiants en faveur de la Grèce.* — La 1re chambre vient de juger deux étudiants arrêtés au cours de la manifestation des étudiants philhellénistes. Le premier, un élève en pharmacie, nommé Huiglais, était simplement prévenu de port d'armes prohibées. Il a expliqué le port de ces armes par le fait qu'il habite la plaine Saint-Denis et qu'il en a besoin pour se garantir, le cas échéant, des agressions nocturnes. 100 francs d'amende. Le second, l'étudiant en médecine Foustier, a riposté par un coup de poing — ou plusieurs — aux bousculades des agents. Bien qu'il sollicitât l'indulgence du tribunal, il s'est vu infliger huit jours de prison et 50 francs d'amende, sans sursis. C'est un peu dur.

FACULTÉ DES SCIENCES. — *Physiologie.* — M. le Pr DASTRE traitera des fonction de la nutrition, les lundis à 5 heures et les mercredis à 10 heures (à partir du mercredi 3 mars). Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduite dans des conférences qui auront lieu chaque mardi de 1 heure à 3 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — *Legs Perroud.* — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs d'une somme de mille francs fait à ladite Faculté par le Dr Ferroud (Louis-François), suivant son testament olographe du 25 novembre 1888.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Un congé, du 1er mars au 31 octobre 1897, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Marchand, professeur de cryptogamie. — M. RADAIS, agrégé, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1897, d'un cours de cryptogamie.

ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. ROUX, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Rouen. — M. Martin (Louis-François-Albert), docteur en médecine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Société Obstétricale de France. — *Congrès de* 1897.— La cinquième session de la Société obstétricale de France se tiendra à Paris du 22 au 24 avril prochain. Voici les questions mises à l'ordre du jour : 1° *De l'avortement habituel* ; 2° *Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement.*

Service de Santé de la Marine. — Le médecin de première classe Ropert, médecin-major au premier régiment d'infanterie de marine, est désigné pour remplacer dans le service médical des bataillons d'infanterie de marine, le Dr Valence, nommé professeur à l'école annexe de médecine navale de Brest.

Service de Santé militaire. — Dans le corps de santé sont promus au grade de médecin principal de première classe : M. Geschwind, médecin principal de deuxième classe, médecin de l'hôpital de Bayonne. Au grade de médecin principal de deuxième classe : M. Chevassus, médecin-major de première classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen. Au grade d'officier d'administration principal : M. Grezlez, officier d'administration de première classe, hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Par décision ministérielle, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés, pendant les saisons thermales de 1897, savoir : hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault : M. Julié, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, médecin-chef. M. Colomb, médecin aide-major de 1re classe au 105e régiment d'infanterie. Hôpital thermal de Vichy : M. Antony, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, médecin chef. M. Delamarre, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris. M. Loillier, médecin-major de 1re classe au 85e régiment d'infanterie. M. Lejeune, médecin-major de 2e classe, rapatrié de Madagascar, en congé de convalescence. M. Ferrand, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes. M. Pouy, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles. M. Maljean, pharmacien-major de 1re classe à la direction du service de santé du 13e corps d'armée. M. Cordier, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon. Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains : M. Bachelet, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Nancy, médecin chef. M. Forgues, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes. M. Polin, médecin-major de 1re classe au 56e régiment d'infanterie. M. Beauxis-Lagrave, médecin aide-major de 1re classe au 7e régiment de dragons. M. Auclert, médecin aide-major de 1re classe au 27e régiment d'infanterie. M. Maronneau, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Vincennes. Hôpital thermal de Barèges : M. Geschwind, médecin principal de 1re classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Bayonne, médecin chef. M. Peborde, médecin-major de 1re classe au 57e régiment d'infanterie. M. Gorsse, médecin-major de 1re classe au 24e régiment d'artillerie. M. Voulgre, médecin aide-major de 1re classe au 49e régiment d'infanterie. M. Petges, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bordeaux. M. Boutineau, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Service de santé des Colonies. — MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine Dupuy, Rapin, Marmey, Martin, Aquaronne, Mayer et Leuarn, ont été nommés médecins stagiaires de 2e classe des colonies.

Association Générale des Etudiants de Paris. — *Matinée annuelle offerte aux Membres honoraires.* — Fête très brillante à l'Odéon, le 24 février dernier. MM. les Etudiants se sont distingués et les éminents artistes qui si gracieusement leur ont prêté un si remarquable concours ont droit à nos applaudissements. Les énumérer et les féliciter les uns après les autres est impossible ici. Bornons-nous à rappeler qu'on nous a donné une excellente représentation du *Client Sérieux* (Tribunal du Carillon) de G. Courteline, et de la *Nuit d'Octobre* d'Alfred de Musset. *Faute de s'entendre* n'a pu... s'entendre, MM. Laugier et Dehelly (ce dernier est souvent pressé, même à la scène), n'ayant pu... attendre la matinée ayant duré un peu plus qu'on ne l'avait prévu. Malgré cela, la situation ne s'est pas... tendue et tout le monde est sorti ravi. Assistance triée sur le volet ; on y a même vu... l'Elysée. Jeunes filles et dames très en majorité et naturellement très en beauté. N'était-ce pas une représentation... à leur bénéfice ? M. B.

Distinctions honorifiques. — Est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur* M. le Dr Bruchon, professeur honoraire à l'école de médecine de Besançon (Trente-huit ans de services distingués dans le professorat).

École de Médecine de Madagascar. — L'Ecole de médecine de Tananarive compte déjà 41 inscriptions.

Nominations. — M. le Dr Gastinel (Adrien) est nommé médecin adjoint du Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Médecin conseiller d'arrondissement. — M. le Dr Leture, républicain, a été élu conseiller d'arrondissement pour le canton de Saint-Lô (Manche).

Association lozérienne et le Dr Th. Roussel. — L'Association lozérienne de Paris a offert cette semaine, dans un restaurant du Boulevard Bonne-Nouvelle, un banquet à son éminent compatriote, M. le Dr Théophile Roussel, sénateur de la Lozère. Dans l'assistance on remarquait la présence de MM. le Dr Monestier, sénateur ; Auricoste et Bourillon, députés de la Lozère. Au dessert, M. Douce, président de l'Association lozérienne, a rappelé les différents travaux accomplis par M. Roussel. Il a parlé de son initiative au Sénat en faveur de la protection et de l'assistance des enfants du premier âge moralement abandonnés, et il a terminé son intéressant discours en rendant hommage au comité central d'organisation du Jubilé, qui a eu lieu le 20 décembre dernier à la Sorbonne. Très ému, M. Théophile Roussel a répondu en quelques mots fort applaudis. Le bronze d'art du sculpteur Denis Puech a ensuite été remis à M. Roussel, qui a de nouveau remercié ses compatriotes et les a assurés qu'il conserverait un souvenir ineffaçable de leurs témoignages d'affectueuse sympathie.

Banquet Clémence Royer. — Un comité de savants et d'écrivains s'est constitué pour offrir un banquet jubilaire à Mme Clémence Royer. Ce banquet sera offert le mercredi 10 mars au Grand-Hôtel à l'auteur de tant de travaux philosophiques et scientifiques, dont Renan a dit que c'était « un homme de génie ».

La Loi sur la Police sanitaire. — La Chambre a adopté, après urgence déclarée, le projet de loi ayant pour but de compléter la loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire. Désormais, tout capitaine, officier ou chef quelconque d'un bâtiment français ou étranger qui aura sciemment altéré ou dissimulé la vérité dans la déclaration qu'il est tenu de faire ou l'interrogatoire qu'il est tenu de subir en vertu du règlement sanitaire, même s'il n'est pas établi qu'il ait ainsi exposé la santé publique, sera puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 100 à 3,000 fr. Tout homme d'équipage ou passager d'un bâtiment qui dans sa déclaration ou son interrogatoire aura sciemment altéré ou dissimulé la vérité, ou aura refusé de se soumettre aux prescriptions sanitaires, sera puni d'un à cinq ans de prison et de 100 à 3,000 fr. d'amende.

Le Choléra aux Indes. — Le choléra a éclaté dans les chantiers des travaux publics de l'Etat de Rewah ; il y a eu en deux jours 160 décès. Les autorités prennent des mesures énergiques en vue de prévenir l'extension du fléau à Allahabad et dans les provinces du centre.

La Fièvre aphteuse. — La fièvre aphteuse est signalée sur plusieurs points du Pas-de-Calais, notamment à Vis-en-Artois et à Moullé. Toutes les précautions ont été prises pour prévenir la propagation de l'épizootie.

Rougeole et Oreillons a Paris. — L'épidémie de rougeole et d'oreillons qui s'était déclarée au régiment de cuirassiers à l'Ecole militaire, il y a environ un mois, est en pleine décroissance et peut être considérée comme terminée. Par contre, l'épidémie vient de faire son apparition à la caserne de Latour-Maubourg, parmi les soldats d'infanterie et de l'intendance ; d'énergiques mesures de désinfection ont été prises.

Épidémie de Grippe a Auxerre. — A la suite d'une forte épidémie de grippe, l'école normale de garçons d'Auxerre vient d'être licenciée.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de Médecine.* — Les *candidats* du concours qui s'est ouvert le 22 février pour la nomination à trois places de médecins des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Achalme, Auscher, Aviragnet, Beaumé, Belin, Berbez, Bergé, J. Besançon, Boix, Boulloche, Brodier, Bruhl, Capitan, Caussade, Charcot, Charrier, Claisse, Coffin, de Grandmaison, de Saint-Germain, Deschamps, Dufour, du Pasquier, Dupré, Dutil, Enriquez, Ettlinger, Gallois, Gastou, Gouget, Hallion, Hudelo, Hulot, A. Laffitte, Lamy, Legry, Le Noir, Leredde, Létienne, L. Lévy, G.-C. Lion, Londe, G.-R. Lyon, Macaigne, Méry, Michel, Mosny, Nageotte, Papillon, Parmentier, Péron, Phulpin, Pignol, Pilliet, Plicque, Polguère, Potier, Regnier, Renault, Rénon, Roubinowitch, Sallard, Sergent, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Tollemer, Triboulet, Veillon, Weber. Le *jury* est composé de MM. Charrin, Empis, Variot, Gilbert, Chantemesse, Babinski, Felizet. — La première épreuve a eu lieu lundi dernier ; la question posée était : *Des thromboses veineuses.* Questions restées dans

l'urne : *La paralysie diphtéritique, les hémorragies dans les fièvres éruptives.*

HÔPITAL D'ORMESSON. — Le mois dernier, la baronne de Hirsch a envoyé à l'œuvre des Enfants tuberculeux (hôpital d'Ormesson), la somme de 40,000 francs.

INSTITUT PASTEUR. — *Don de la baronne de Hirsch.* — On sait que la baronne de Hirsch a fait, il y a quelques semaines, au Conseil d'administration de l'Institut Pasteur un don princier de deux millions, destiné à l'agrandissement des services actuels de l'Institut, à la création de plusieurs autres, tels qu'un laboratoire de chimie biologique, et à la constitution d'un fonds pour indemniser plus largement les savants travailleurs attachés à l'établissement. Des formalités administratives ont seules retardé jusqu'à ce jour la remise des deux millions donnés à l'Institut ; le conseil d'administration ne tardera plus guère maintenant à entrer en possession de cette somme.

AVORTEMENTS ET MÉDECINS. — La chambre des mises en accusation a prononcé le renvoi de MM. les Drs de la Jarrige et Boisleux devant la cour d'assises.

NÉCROLOGIE. — M. le Pr Georges VILLE, qui vient de mourir, a consacré son existence à de persistants travaux de physiologie végétale. Né en 1824, à Pont-Saint-Esprit (Gard), il quitta dès l'âge de quatorze ans, son pays natal, où sa famille le destinait à la profession d'horloger, pour entrer comme préparateur dans une grande pharmacie de Lyon. Il y montra des qualités de chimiste remarquables, qui l'amenèrent à Paris, où il fut reçu le premier au concours d'internat en pharmacie, et où il devint un des bons élèves de Regnault, au Collège de France. Dans son premier laboratoire de chimie de la rue de Vaugirard, il étudia l'absorption directe de l'azote atmosphérique par les espèces végétales, notamment par les légumineuses, et donna des aperçus hardis, dont on ne peut méconnaître le mérite, sur des principes de culture scientifique succédant aux traditions séculaires. La doctrine des engrais chimiques a trouvé en lui, dès ses débuts, un protagoniste convaincu. On se souvient encore de ses polémiques techniques avec le savant Boussingault et de ses démonstrations au champ d'expérience de Vincennes, datant de 1860, où l'on vit le blé, les betteraves, le trèfle, la vigne et les arbres fruitiers se prêter à d'intéressantes leçons sur le développement de la vie végétale, par de savantes variations de la dose d'azote, d'acide phosphorique et de potasse. Ardent dans ses discussions, persuasif dans ses démonstrations, comme le sont tous les savants convaincus, entraîné parfois dans des déductions imaginatives auxquelles conduit toujours la poursuite obstinée d'un principe, Georges Ville a certainement accompli une œuvre utile sur bien des points, contribué à propager des idées novatrices, et ouvert des aperçus scientifiques dont l'avenir tirera un utile parti (*Temps*). — Nous apprenons la mort, à l'âge de cinquante-neuf ans et après une douloureuse maladie, de M. le Dr RÊME, conseiller général, représentant de la Haute-Garonne. M. le Dr Rême avait administré longtemps, comme maire, la ville de Montrejeau, où il exerçait la médecine depuis 1870 et avait rendu des services qui lui avaient valu une légitime popularité. — M. le Dr Raoul BROQUÈRE, contrôleur du service des enfants assistés de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 13 février 1897, à l'age de 49 ans. L'incinération a eu lieu au cimetière du Père-Lachaise. — Une dépêche de Bellegarde, en date du 24 février, dit que le matin de ce jour, est mort à Bellegarde, à l'âge de trente-deux ans, M. le Dr CONTEJEAN, fils du receveur principal des douanes, attaché à l'Institut Pasteur, et au Muséum d'histoire naturelle. Le Dr Contejean meurt victime d'une *terrible méprise* ; trompé par l'obscurité, il avait pris, au lieu de bicarbonate de soude, un paquet de sublimé corrosif, qu'il avait absorbé dans un peu d'eau. Malgré les soins les plus éclairés, il a succombé après six jours d'horribles souffrances.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL TENON. — M. BÉCLÈRE. — Conférence clinique tous les vendredis, à 10 h. 1/2 (salle Pidoux).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr DOLÉRIS commencera ses conférences cliniques sur l'obstétrique et la gynécologie, dans son service à la Pitié, le mardi 9 mars, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à 10 h. — M. le Dr George THIBIERGE : *leçons cliniques sur les maladies de la peau*, le vendredi à 10 h. 1/2. Le mercredi et le samedi, à 9 h., consultation externe pour les malades cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques. — M. le Dr BABINSKI : conférences cliniques sur les *maladies du système nerveux*, samedis à 10 heures du matin. Les conférences ont lieu dans la salle des consultations, annexe de la salle Grisolle.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules VOISIN, le jeudi, à 10 h. du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert BALLET et E. BRISSAUD. M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures. M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. HALLOPEAU, dimanche, à 9 h. 1/2 (salle des conférences). — M. le Dr DU CASTEL reprendra ses conférences cliniques le samedi 27 février et les continuera le samedi de chaque semaine. A 1 h. 1/2, consultation externe. Après la consultation, conférence clinique dans la salle des conférences.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes.

Dans la 557e livraison de la GRANDE ENCYCLOPÉDIE, publiée cette semaine, nous avons à signaler à nos lecteurs : Une importante description géographique et historique des *Iles Marquises*, par M. Ch. Delavaud, et de la ville de *Marseille*, par M. J. Marchand ; un remarquable article d'astronomie sur la planète *Mars*, la biographie de Mlle *Mars*, par M. Arthur Pougin, celle de la comtesse *Martel* connue aussi sous le pseudonyme de *Gyp*, etc.; enfin, d'intéressantes études d'histoire naturelle sur la *Marmotte* et les *Martins*, par E. Trouessart. — Prix de chaque livraison : 1 franc. Une feuille spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. No 10. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 6 MARS 1897.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Idiotie myxœdémateuse (myxœdème infantile) : Traitement par l'ingestion de glande thyroïde du mouton ;

PAR BOURNEVILLE.

Communication à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. (*Séance du 22 janvier 1897*).

Messieurs,

Il y a un an (1), nous vous avons présenté *six malades* atteints d'*idiotie myxœdémateuse*, dont l'âge variait de 38 à 3 ans. A ce propos, nous avons tracé une fois de plus le *tableau symptomatique* de cette affection. L'un de ces malades, le plus vieux, n'avait pas été soumis à la *médication thyroïdienne* qui, chez trois autres, avait produit une amélioration considérable et nous avons appelé plus particulièrement votre attention sur les deux plus jeunes, Borj.. et Kra.., AVANT *tout traitement*, vous demandant la permission de vous les faire voir APRÈS *le traitement* par la médication thyroïdienne. Aujourd'hui nous vous les ramenons, afin que vous puissiez juger par vous-mêmes des résultats obtenus.

OBSERVATION I.

SOMMAIRE. — *Père et mère, rien de particulier. — Un cas de gémellarité du côté maternel. — Consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans.*

Chute sans conséquences appréciables au quatrième mois de la grossesse. — Apparence normale à la naissance. — Première dent à 8 mois. — Gâtisme. — Ne marche pas seule. — Préhension très lente. — Croûtes du cuir chevelu depuis l'âge de 10 mois. — Premiers symptômes de cachexie pachydermique à 8 mois.

Description de l'enfant avant tout traitement. — Réunion de tous les symptômes du myxœdème infantile : nanisme, idiotie, absence de la GLANDE THYROIDE, *retard de la dentition, cachexie pachydermique, etc.*

Ingestion de glande thyroïde du mouton du 8 janvier au 31 mai et du 1er au 31 juillet.

Effets remarquables du traitement. — Amélioration physique et intellectuelle.

Suspension du traitement du 1er août au 2 octobre : Réapparition de la plupart des symptômes myxœdémateux.

Reprise du traitement du 3 octobre à ce jour : Transformation remarquable de l'enfant. — Développement physique et intellectuel.

Borj.... (Lucie), née le 14 décembre 1892, à Sermoyer (Ain), est entrée le 10 octobre 1895 à la Fondation Vallée.

Antécédents héréditaires. — (*Renseignements fournis par sa mère. oct. 1895*). — PÈRE, 26 ans, homme de peine ; taille un peu au-dessus de la moyenne ; pas de convulsions, ni de migraines ou de rhumatismes; aucun stigmate de syphilis. Pas d'excès de boisson ; pas de goitre. — [*Famille du père.* — *Père*, 60 ans, vit à Sermoyer, dans l'Ain, cultivateur, bien portant, sobre, pas de goitre, pas d'accidents nerveux. — *Mère* 50 ans, ménagère, pas de migraines, caractère assez calme, pas de maladie de peau ni de rhumatismes. Aucun détail sur les *grands-parents paternels* ou *maternels*. Deux *oncles paternels* bien portants, pères d'enfants en bonne santé. Pas de *tantes paternelles*. Un *oncle maternel* bien portant lui aussi. Sept *frères* ou *sœurs*, laboureurs, sobres, sans accidents nerveux. — Pas d'aliénés, de difformes, d'épileptiques, de goitreux, ni de myxœdémateux, etc.]

MÈRE, 24 ans, travaillait autrefois à la terre ; depuis son mariage, à 19 ans, elle est employée dans une fabrique de corsets; brune, taille petite sans exagération. Jamais de convulsions dans l'enfance, paraît intelligente et dit qu'elle apprenait facilement à l'école ; *nez aquilin ;* jamais d'attaques, de migraines, ni de rhumatismes. — [*Famille de la mère.* — *Père*, 53 ans, bien portant, sobre, aucun accident nerveux. — *Mère*, 53 ans, bonne santé, caractère calme ; pas de dermatoses. — *Grand-père* et *grand'mère paternels : « ce sont les mêmes que ceux de mon mari, car nous sommes cousins germains :* mon père et le père de mon mari étaient frères. » *Grand-père* et *mère maternels*, aucun détail. — Deux *oncles paternels ;* les mêmes que ceux du père de l'enfant. — Pas d'*oncles* ni de *tantes maternels*. — Un *frère* « du même âge que moi, nous étions *jumeaux* » ; célibataire sans enfants. Pas de sœurs. Elle dit qu'il n'y a pas eu d'autres jumeaux ni dans sa famille, ni dans celle de son mari. — Pas d'aliénés, d'épileptiques, de goitreux, d'idiots, etc.]

Consanguinité ; cousins germains. — Inégalité d'âge de deux ans. Père et mère du même pays. — Une seule *enfant :* la malade.

Antécédents personnels. — Rien à signaler à la *conception* qui a eu lieu six mois après le mariage : ils étaient heureux d'être unis. — *Grossesse :* à 4 mois chute dans un escalier, sans syncope ni émotion sérieuse ; elle s'est relevée de suite; pas de pertes. Jamais de contrariétés ni d'idées noires ; pas de vomissements, pas de cauchemars, ni d'œdème. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme ; le travail a duré quatorze heures. — Pas d'asphyxie *à la naissance*. L'enfant a crié de suite et, dit-on, avait la voix d'un enfant ordinaire ; le teint n'était pas cireux ; elle pesait 3 kilogr. — Elevée au sein par sa mère pendant deux mois, puis mise en nourrice dans son pays. « Quand je l'ai quittée elle était bien. » On fut obligé de la retirer de nourrice au bout d'un mois et demi, car elle dépérissait tous les jours. Alors sa grand'mère maternelle l'a élevée au biberon avec du lait de vache. On croit qu'elle a eu sa première dent à 8 mois. La dentition est loin, encore, d'être complète.

Bor.. n'a *jamais marché seule*. Sa mère dit qu'elle marche très *lentement* et *lourdement* en la tenant par la main. Elle n'est pas propre. Elle ne dit que deux mots : « dada » pour désigner le cheval de son grand-père et « tatain » pour désigner sa tante. « C'est le patois du pays. » Pas d'accès de colère. Sommeil prolongé, calme. On affirme qu'elle reconnaissait bien son grand-père, sa grand'mère et ses autres parents du pays. La mère ne saurait dire si son enfant la reconnaît, car elle ne l'a avec elle que depuis le 29 septembre dernier. B... prend les objets qu'on lui donne avec une très *grande lenteur*. Elle n'est pas gloutonne, ni vorace, mange peu, mâche mal, n'aime guère que le lait. Bave abondante ; point de vomissements. *Constipation* habituelle; garde-robes dures, involontaires; la défécation est douloureuse; pas de prolapsus rectal. On n'a pas remarqué d'hémorroïdes. La mère dit que l'enfant paraissait souffrir en urinant, qu'elle tousse parfois, est toujours oppressée, que la respiration s'accompagne de bruits de râle. Pas de bronchite.

Vers 10 mois, apparition de quelques *croûtes* dans les cheveux. Les croûtes ont persisté jusqu'à ce jour.

A 2 mois et demi, quand sa mère l'a quittée, elle ressemblait aux autres enfants ; ce ne serait qu'à 8 mois que la grand'mère se serait aperçue de quelques différences : la

(1) Séance du 17 janvier 1896.

langue *s'est épaissie* et *sortait de la bouche*, parait-il. On ne peut préciser le début de l'épaississement des joues, des paupières, du cou et du ventre.

Pas de varioloïde, de rougeole, ni de scarlatine ; pas de coqueluche ni de mal de gorge. A 4 mois, elle aurait eu quelques « boutons » dans le dos, sur la nature desquels il est impossible de se prononcer. Pas d'adénites, d'otorrhée, etc.

« *Il n'y a pas de goitreux dans le pays*, affirme la mère ; c'est un pays de plaine ; la rivière est à 6 kilomètres. » Pas de marais ; les fièvres intermittentes n'y sont pas endémiques. La mère ne sait à quoi attribuer la maladie.

État de l'enfant le 29 *octobre* 1895. — *Crâne* à peu près arrondi avec proéminence assez marquée de l'occipital. Les bosses pariétales sont volumineuses. Le front est étroit, légèrement bombé en avant, à peu près rectangulaire et mesure 4 cent. 5 de hauteur. Les bosses frontales bien indiquées sont aussi nettement accusées d'un côté que de l'autre. *Les fontanelles ne sont pas soudées* ; la postérieure mesure à peu près 1 cent. 1/2 dans le sens antéro-postérieur ; l'antérieure mesure 6 cent. dans le sens antéro-postérieur et 5 cent. dans le sens transversal. Les arcades sourcilières sont assez bien marquées. Les *paupières* sont un peu gonflées, ont une apparence œdémateuse, mais il ne se produit pas de godet à la pression du doigt. Cils longs aux paupières supérieures, très peu développés, rares et comme naissants aux paupières inférieures. Pas de blépharite. Conjonctives palpébrales pâles. Iris bleus ; pupilles dilatées, égales. Au niveau de sa racine le *nez* est enfoncé, à peine appréciable, le lobule semble en constituer la plus grande partie ; il est relevé et les narines sont dilatées (*nez camus*). Coryza chronique qui se traduit par un écoulement séro-muqueux, sans odeur. Les sillons naso-labiaux sont fortement creusés de chaque côté et limitent en dedans les *joues* bouffies, saillantes, de couleur jaune cireuse. Lèvre inférieure grosse et éversée. La bouche mesure 4 cent. 1/2 et est toujours entr'ouverte. La *langue* est épaisse et fait une *saillie* prononcée *au travers de l'ouverture buccale*. Menton court ; les fossettes en sont très creusées, ce qui tient à la proéminence de la lèvre inférieure. *Oreilles* pâles, cireuses, bien ourlées, le lobule n'est pas adhérent. — La *face* est à peu près carrée.

Le *cou* est gros, très court ; il semble que la tête repose



Fig. 29. — B... en octobre 1895.

directement sur les épaules. Sa circonférence est de 30 cent. *Il n'est pas possible de percevoir de* GLANDE THYROIDE *par la palpation la plus minutieuse*. On ne trouve pas de pseudolipomes sus-claviculaires.

La *région pectorale* offre un développement marqué avec un lacis veineux, nettement dessiné pour peu qu'on tende la peau. On ne trouve pas de dilatations veineuses sur les épaules. — La *poitrine* est courte, le *dos* un peu bombé. Voussure dorso-lombaire de la *colonne vertébrale*. — Le *ventre* est gros, bombé ; l'ombilic est saillant : pointe de *hernie ombilicale*. — Les *seins* sont à peine dessinés.

Organes génitaux. — Grandes lèvres développées ; petites lèvres réduites à un léger repli de 4 à 5 millimètres.

Membres supérieurs. — Le développement des bras est en rapport avec celui des autres parties du corps ; la peau est *sèche*, pas très épaissie. Rien au niveau des articulations. Mains violacées, froides.

Membres inférieurs. — Légère incurvation des tibias en dedans. (On trouve encore chez Borj... d'autres signes de rachitisme, tels que chapelet rachitique, etc.). La voûte plantaire est un peu affaissée.

La *peau* est d'une couleur de cire, décolorée à la face. Cheveux gros, *secs et raides*, châtains, clairsemés au niveau des bosses frontales. Cuir chevelu rugueux, couvert de *croûtes*. — Sourcils assez fournis. Le reste du corps est glabre. Pas d'adénopathies cervicales.

La *sensibilité générale* est un peu obtuse, autant qu'il est possible d'en juger. B... est très sensible au froid, répugne à tout mouvement. L'acuité visuelle paraît normale, ainsi que l'audition. Il est impossible de savoir si l'enfant reconnait les saveurs et les odeurs.

Respiration : 15 à 16 mouvements inspiratoires par minute. Le *pouls* est à peine perceptible au poignet. Le pouls crural, plus perceptible, indique 80 pulsations par minute. Rien de spécial à noter à l'auscultation du cœur ou des poumons. Rien à l'examen des organes abdominaux. L'enfant n'est pas vorace. Mastication très lente et difficile. Pas de vomissements. Constipation opiniâtre à l'entrée (10 oct.) ; actuellement les selles sont plus régulières.

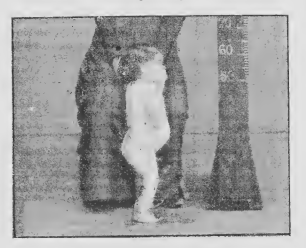


Fig. 30. — B... en octobre 189..

État de la bouche et de la dentition. Maxillaires supérieur et inférieur, à large diamètre transversal. Voûte palatine affaissée, ne présentant pas l'excavation centrale normale. Langue très volumineuse, remplissant toute la cavité buccale qu'elle déborde en avant. Elle sort entre les lèvres qu'elle dépasse comme en prolapsus. L'*évolution de la dentition est retardée*, puisque l'enfant ayant 34 mois ne possède que six incisives temporaires dont les deux incisives latérales inférieures n'ont pas achevé l'éruption complète de leur couronne. Elles sont disposées avec un assez grand écart interdentaire sur la large étendue du bord alvéolaire et légèrement tournées sur leur axe. Le plus grand espace interdentaire existe entre les incisives centrales et les latérales, ce qu'explique d'ailleurs l'absence actuelle d'autres dents latérales. La disposition de la langue et son volume semblent devoir amener un rejet en avant des dents antérieures.

Traitement : Bains salés, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, exercices de la marche.

Nous avons l'habitude de faire prendre la *température rectale* de nos malades pendant les cinq premiers jours de leur entrée afin de nous assurer qu'elles ne sont pas sous le coup d'une maladie infectieuse, et aussi de nous rendre compte si la température des idiots et des épileptiques est la même que celle des

enfants normaux. Dans le eas partioulier la recherehe a été eontinuée durant 11 jours. En voiei les résultats.

	Matin.	Soir.
Premier jour (10 oct.)	»	36°,4
2° —	36°,6	36°,2
3° —	36°,6	36°,5
4° —	36°.8	36°,8
5° —	36°,5	37°
6° —	36°,8	37°,3
7° —	36°,6	36°,9
8° —	36°,6	36°,9
9° —	37°,2	37°,1
10° —	36°.7	37°
11° —	36°,5	36°,8

Il suit de ces notations que ehez Bor..., et e'est la règle dans le myxœdème infantile, la température centrale oscille entre 36° et 37° et est par eonséquent inférieure à la température normale.

6-12 *novembre.* — *Revaccination* sans succès.

13 *novembre.* — Même état. L'éruption des dents s'opère avec une extrême lenteur.

Tel était, Messieurs, l'ensemble symptomatique qu'offrait l'enfant lorsque nous vous l'avons présentée le 17 janvier 1896, AVANT *tout traitement*. Dès le lendemain nous l'avons soumise à la *médication thyroïdienne* : un *demi-lobe de glande thyroïde* de mouton.

20 *janvier.* — Agitation, pleurs; refus de boire et de manger, vomissements.

21 *janvier.* — Pas de glande.

22 *janvier.* — On reprend le traitement.

24 *janvier.* — Agitation durant une partie de la journée. Le soir, on s'aperçoit que *les paupières sont dégonflées,* que les yeux qui paraissaient petits, sont devenus très visibles, que Bor... fixe et suit les mouvements des personnes, ce qu'elle ne faisait pas auparavant.

25 *janvier.* — Il s'est produit une transformation vraiment surprenante: les paupières sont largement ouvertes, les globes oculaires tout à fait visibles ; *la langue* — qui sortait tant — *est rentrée tout à fait dans la bouche,* ce qui semble occasionner un certain degré d'oppression. B.,qui ne bougeait pas, est sans cesse en mouvement, essaie d'attraper tout ce qui est à sa portée, joue avec ses pieds qu'elle prend dans ses mains, qu'elle élève aussi haut qu'elle peut. Elle essaie de gazouiller et rit quand on lui adresse la parole, manifestations intellectuelles qu'on n'avait jamais observées depuis son admission.

26 *janvier.* — Les parents de B... sont stupéfaits de voir la transformation qui s'est si vite opérée. B... rit, agite ses mains, comme si elle participait à leur joie.

27 et 28 *janvier.* — B.., toujours gaie, semble énervée. Elle agite ses membres « comme des petits ressorts ».

29 *janvier.* — B... a vomi, n'a pas dormi. La *voix* se rapproche maintenant de la voix d'un enfant ordinaire. — Les *cheveux* tombent au-dessus des oreilles. — Suspension du traitement, ainsi que les 30, 31 janvier et 1er février.

31 *janvier.* — Agitation très grande, pleurs continuels. La peau, qui n'est plus d'un jaune cireux, est chaude. Il y a de l'oppression. Le soir, comme les accidents persistent, que l'enfant souffre, et que la température est élevée, la surveillante fait appeler l'interne de garde qui prescrit de l'antipyrine. Durant la nuit, l'agitation continue ; B... se tourne et retourne sans cesse, tire ses doigts comme si elle voulait les allonger, se gratte par tout le corps.

1er *février.* — Nuit bonne. Journée calme. B... ne veut pas manger, mais boit beaucoup de lait.

2 *février.* — B... est très gaie, il faut s'occuper constamment d'elle. Ses parents sont de plus en plus heureux de la voir devenue attentive, rieuse, vive, car, au dire du père, « c'était une masse de chair que l'on faisait boire et manger, qui ne remuait jamais et qu'on ne pouvait faire rire ». — Tremblement de la tête et des membres « comme une petite vieille ». Sueurs peu abondantes. — Reprise du traitement : un demi-lobe *tous les deux jours.*

3 *février.* — Le *cuir chevelu* est le siège de démangeaisons qui portent l'enfant à se gratter. Les *cheveux* continuent à tomber par grosses mèches. Ils sont devenus doux au toucher, tandis qu'avant le traitement ils étaient rudes, semblables à des crins. La *sensibilité* exagérée *au froid* a disparu.

4-7 *février.* — L'appétit est redevenu excellent. L'enfant conserve sa gaieté, frappe la table, les chaises, etc. : il faut qu'elle fasse du bruit.

8 *février.* — Desquamation des pieds et des mains. Disparition du tremblement des mains. Respiration facile, la bouche fermée. Bave presque nulle. Lorsque B... dort elle est calme et la langue est complètement rentrée dans la bouche qui demeure close.

9 *février.* — Dès que l'enfant aperçoit ses parents, elle rit, pousse des « ga, ga », agite ses mains pour exprimer sa joie. Ses mouvements sont devenus vifs, elle saisit avec empressement les biscuits que ses parents lui ont apportés. Elle tire les cheveux et la barbe de son père. Elle essaie d'imiter ce qu'on fait devant elle. Ainsi son père faisant claquer ses lèvres et disant ta-ta-ta, Lucie l'a très bien imité.

11 *février.* — L'amélioration continue, est très remarquable et frappe les personnes qui l'ont vue avant le traitement. B... voudrait qu'on s'occupe sans cesse d'elle. Tout l'intéresse. Elle s'efforce d'imiter les gestes qu'on exécute devant elle, de causer, répète dada, gaga.

16 *février.* — La mastication, qui était nulle, s'effectue convenablement. L'enfant est toujours heureuse de voir ses père et mère et se montre très gentille avec eux. On dirait qu'elle veut participer à leur bonheur de la voir transformée.

17 *février.* — Les cheveux qui étaient tombés en grande quantité ou qu'on avait coupés, repoussent bien et sont moins durs. Les croûtes du cuir chevelu disparaissent peu à peu. On note une tendance de la *colonne vertébrale* à se voûter.

28 *fév.* — Desquamation du menton. B.. est grognon, mord continuellement ses mains, souffre des dents, dont deux viennent de percer.

29 *février.* — T.R. 37°, 4.

1er *mars.* — B... est très agitée, maussade, se gratte continuellement, tire ses doigts « comme si elle voulait les allonger » . Vomissements, diarrhée, température élevée (T.R. 37°, 4). — *Suspension de la glande thyroïde.*

6 *mars.* — Tout malaise a cessé. B... est très gaie, gazouille et ne pense qu'à manger. *On reprend la glande thyroïde* : un demi-lobe tous les deux jours.

12 *mars.* — Lucie est de plus en plus éveillée. Chaque jour on constate un changement nouveau dans ses manières. Elle est caressante et veut toujours être câlinée, mise en mouvement, faire du bruit. Elle est contente d'entendre la musique. La poussée des dents lui a fait prendre l'habitude de mettre constamment les doigts dans sa bouche.

24 *mars.* — Depuis quelque temps, la constipation a disparu ainsi que la diarhée qui, à un moment, l'avait remplacée ; B... a trois ou quatre selles molles, principalement le matin.

Cette enfant qui, *avant le traitement*, ne comprenait rien, ne portait attention à rien, s'intéresse aujourd'hui à tout. Une porte qu'on ouvre la fait retourner. Elle incline sa tête et pose sa joue sur celle de la personne qui la porte pour qu'on l'embrasse. Si on crie un peu fort, elle fait la moue et pleure, s'imaginant qu'on la gronde. Lorsqu'on lui met sa pèlerine et son chapeau, elle comprend que c'est pour aller à la promenade et rit aux éclats. — Elle a bon appétit, mange de tout, mastique bien et boit maintenant du vin sans grimacer. Elle a plus de forces dans les reins, se tient mieux et plus droite sur les bras.

26 *mars.* — Gonflement des gencives qui sont douloureuses Plusieurs dents vont percer. — Il n'y a plus de sueurs, ni de desquamation.

30 *mars.* — On la met dans le chariot pour lui apprendre à marcher. Elle ne s'y prête guère, mais pourtant fait aller ses jambes.

1er-10 *avril.* — Il n'y a plus de croûtes du cuir chevelu. Les cheveux repoussent plus fins et moins foncés. — Emmenée en congé de 24 heures dans sa famille, les voisins ne pouvaient la reconnaître, tellement elle s'est améliorée. — Son intelli-

gence se développe, elle s'occupe de tout ce qui se fait autour d'elle, témoigne de l'affection aux enfants qui l'amusent.

27 avril. — B... se tient très bien assise.

4 mai. — Les progrès continuent. Par gestes, elle dit merci, bonjour, non. Elle est toujours gaie. — Les mains et les pieds sont normaux, les doigts effilés. — Sueurs fréquentes de la tête.

11 mai. — T.R. 39°, 9, bien que l'enfant n'ait pas pris de glande hier. Suspension du traitement qu'on recommence le 13 mai.

18 mai. — Énervement depuis quelques jours. Sueurs assez abondantes. *Suspension de la glande thyroïde* qui est reprise le 20 mai.



Fig. 31. — B..., en juin 1896.

25 mai. — Lucie se rapproche de plus en plus des enfants ordinaires. Elle essaie d'imiter tout ce qu'elle voit faire, de causer et prononce « papa ». Ses forces augmentent et elle se tient debout. Son sommeil est un peu agité ; elle est souvent réveillée par des secousses dans les membres, elle se rendort aussitôt.



Fig. 32. — B..., en [illegible]

Juin. — Le traitement a été suspendu du 1er au 30 juin. On a noté un peu de diarrhée. La *parole* se développe lentement : papa, auvoir, attends. Le *caractère* de B.. s'est modifié : naguère très calme, inerte, elle devient coléreuse et dans ses colères cherche à s'égratigner, se tire les cheveux.

1er juillet. — Reprise du traitement.

21 juillet. — Progrès notables. Parole : papa, caca, pain, ay est (pour ça y est), auvoir (pour au revoir), etc. — Aperçoit-elle un objet qu'elle désire, elle le désigne avec l'index et dit : euh ! A table, elle indique si elle veut manger ou boire. Elle refuse par un signe négatif de la tête. Elle distingue les personnes, témoigne ses préférences. Elle est de plus en plus solide sur les jambes, veut être continuellement debout, se tient bien le long d'un banc, d'une table, se plaît beaucoup dans son chariot, enfin *marche* tenue par la main. Elle comprend bien le jeu, est très joueuse ; il faut constamment la distraire. Aucun malaise depuis le 1er juillet.

31 juillet. — Suspension du traitement.

1er août. — B... est atteinte de *gastro-entérite* avec un état général mauvais, refroidissement des extrémités, vomissements, diarrhée abondante, selles séreuses, avec grumeaux de lait, sans coloration verte. La diarrhée et les vomissements ont débuté il y a deux jours. T.R. 37°, 4.

2 août. — Les vomissements et la diarrhée continuent douleurs dentaires. *Matin* : T. R. 38°.

3 août. — L'ensemble des accidents n'a pas changé.

4 août. — Les vomissements ont cessé et la diarrhée a diminué.

5-6 août. — Disparition progressive des accidents.

11 août. — B... est tout à fait remise, a recouvré sa gaîté et mange avec appétit.

30 septembre. — Peu à peu depuis la suspension du traitement, nous avons vu reparaître la plupart des symptômes myxœdémateux. L'infiltration graisseuse, les pseudo-lipomes se sont reproduits. La face est redevenue bouffie, les lèvres épaisses et déformées ; les mains, les pieds ont de nouveau augmenté de volume et revêtu l'aspect pachydermique. Partout la peau a une coloration cireuse. La physionomie est en partie revenue à son ancienne expression d'hébétude ; le regard est éteint, les yeux sont souvent fixes. Le cuir chevelu est réenvahi par les croûtes ; la langue s'est épaissie, est violacée et tend à sortir de la bouche comme autrefois. L'enfant est oppressée, et la nuit, elle est très gênée pour respirer.

L'intelligence est obnubilée. La parole et la marche sont restées ce qu'elles étaient à la fin de juillet. Le poids de l'enfant est de 10 k. 850.

En résumé, retour partiel à l'état antérieur au traitement.

3 octobre. — On reprend le traitement ; un gr. de *glande thyroïde du mouton.*

16 octobre. — Aucun malaise. Selles diarrhéiques. La physionomie s'est modifiée avantageusement. La langue est moins volumineuse. L'infiltration graisseuse a déjà diminué (Poids : 10 k. 300 au lieu de 10 k. 850 le 1er oct.). B... est redevenue très gaie, mange avec appétit, seule, se servant de sa cuillère qu'elle porte bien à la bouche. Elle boit aussi seule, tenant bien son gobelet. La station verticale s'affermit ; B... se tient de mieux en mieux aux meubles environnants.

25-28 octobre. — Cris, colères, attribués à la poussée de nouvelles dents. Lucie bave, refuse de manger, met ses doigts dans sa bouche.

17 novembre. — L'enfant supporte bien son traitement. Elle devient malicieuse, imite tout ce qu'elle voit faire, imite sa camarade Kram... dont elle copie les manières et les accès de colère.

19 décembre. — Interruption du traitement pendant cinq jours (du 19 au 24 déc.) parce que la malade était souffrante, toussait, avait de la diarrhée. — De temps à autre, crises dentaires. — Desquamation abondante, prédominant aux mains et surtout aux pieds qui changent de peau. Lucie a gagné en activité ; elle demande toujours qu'on la fasse marcher, cherche à grimper partout. Elle essaie de parler, prononce de nouvelles syllabes, par exemple : *aboiboi*, pour à boire, *ati* pour merci. Lorsqu'on a soin de la placer régulièrement sur le vase, elle ne gâte pas et ne pleure plus quand on l'y pose.

31 décembre. — Progrès sensibles en tout. Si on n'avait vu l'enfant il y a un an, avant le traitement, on ne croirait pas que c'est la même enfant. Sa physionomie expressive la rapproche des enfants normaux. Elle marche bien, tenue à la

main et il est probable que, sous peu, elle marchera seule. Elle demande à aller sur le vase ce qui fait présumer que bientôt elle sera propre. Le caractère est très gai, B... veut toujours jouer, et ne s'endort plus comme autrefois : elle aime le mouvement autant qu'il lui inspirait de répugnance. Les ongles poussent mieux qu'à l'entrée et elle s'en sert quelquefois pour griffer ses compagnes. Elle mange seule, quoiqu'encore peu proprement. Elle fait des efforts pour parler, pour imiter, etc., et son attention est très facile à fixer.

Résumons maintenant les particularités les plus saillantes du traitement.

Durant la première période qui va du 18 janvier au 1er juin, puis du 1er au 31 juillet, soit 166 jours, B.. a pris la glande thyroïde pendant 166 jours à la dose d'un demi-lobe c'est-à-dire environ 0 gr. 962 chacun de ces jours, au total 36 gr. 075.

Les résultats obtenus étaient vraiment remarquables et nous aurions voulu vous amener, alors, la malade, mais plusieurs circonstances nous en ont empêché. Nous avons suspendu le traitement et, peu à peu, nous avons vu réapparaître la plupart des symptômes myxœdémateux, physiques et psychiques. Aussi nous sommes-nous empressé de recourir de nouveau à la médication thyroïdienne.

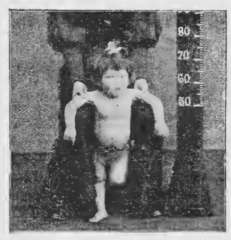


Fig. 33. — B... en décembre 1896.

Durant la seconde période de traitement qui s'étend du 3 octobre au 31 décembre, soit 89 jours, B.. a pris *un gramme* de glande pendant 19 jours et *un gramme 25 centigr.* pendant 20 jours, soit au total 28 gr. 75.

La glande, dépouillée de la graisse, a été administrée, coupée finement, dans du bouillon.

La *nutrition* a été profondément modifiée : diminution de l'infiltration graisseuse, du volume de la langue, des lèvres, des paupières ; — disparition de la dyspnée, de la cyanose ; — régularisation des garde-robes ; — retour de la peau à l'état presque normal ; — développement de la *croissance* qui a offert la progression suivante :

Premier traitement.

Mois	*Dates*	*Poids*	*Taille*
Janvier	8	8 k. 600	0m 655
Février	2	8 k.	0m 655
	7	7 k. 700	0m 655
	15	7 k. 600	0m 675
	21	7 k. 300	0m 675
	28	7 k. 600	0m 690
Mars	6	7 k. 500	0m 690
	13	8 k.	0m 690
	27	8 k.	0m 705
Avril	3	8 k.	0m 705
	10	8 k. 400	0m 705
	17	8 k.	0m 720
	24	8 k. 500	0m 725
Mai	1	8 k. 300	0m 720
	8	8 k. 300	0m 730

Le 11 la température s'élève à 39°, 9, il y a de la diarrhée et des vomissements. On ne donne plus la glande thyroïde que tous les 3 jours.

Mai	15	8 k. 200	0m 730
	29	8 k. 100	0m 753

Juin. — Arrêt du traitement du 1er au 30 juin.

	5	8 k. 800	0m 740
	12	9 k.	0m 745
	19	9 k.	0m 745
	26	9 k. 200	0m 750

Juillet. — Reprise du traitement.

Juillet	1	9 k. 900	0m 750
	10	9 k. 800	0m 750
	17	9 k. 200	0m 750
	24	8 k. 900	0m 750

Suspension du 1er août au 2 octobre.

Mois.	*Dates.*	*Poids.*	*Taille.*
Août	21	9 k. 700	0m 750
Septembre	4	10 k. 200	0m 750
	19	10 k. 800	0m 750
Octobre	1er	10 k. 850	0m 750

Deuxième traitement.

Octobre	16	10 k. 300	0.760
	23	9 k. 800	0.760
	30	9 k. 500	0.760
Novembre	6	9 k. 500	0.760
	13	9 k. 400	0.760
	20	9 k. 600	0.760
	27	10 k. 500	0.760
Décembre	4	10 k.	0.765
	11	10 k. 300	0.765
	18	10 k. 200	0.765
	25	10 k. 500	0.765 (1)

Durant le *premier traitement* la *taille — ligne bleue* — s'est accrue de 95 millim. et de 15 millim. durant le second, soit en tout de ONZE CENTIMÈTRES, et cela en *un an*. Or, selon Quetelet, chez les filles, la taille est de 854 millim. à 3 ans et de 915 millim. à 4 ans ; l'augmentation est de 6 cent. 1 dans l'année. Bor..., dont la taille (655 millim. à 3 ans, était inférieure de 199 millim. à la taille normale moyenne de son âge, ayant gagné 11 cent. a donc grandi dans une proportion *beaucoup plus grande*, presque le double, que la croissance naturelle.

Le *poids*, indiqué par la *ligne jaune* sur le graphique, est descendu d'abord de 8 kil. 600 à 7 kil. 300 en 20 jours, s'est relevé à 8 kil. 400 en 34 jours, est redescendu à 8 k., puis est remonté, avec quelques oscillations, à 8 k. 100, après 134 jours. Durant la suspension du mois de juin, le poids remonte à 9 k. 900, s'abaisse d'un kil. en juillet durant la reprise du traitement.

Pendant la *suspension du traitement,* le poids qui était de 8 kil. 100 (31 juillet) est remonté à 10 kil. 850

(1) A la date du 31 janvier le traitement ayant été continué, le poids était de 11 k. et la taille de 0m78, soit encore une augmentation d'un cent. et demi.

(1er octobre); — la taille a continué à s'accroître et s'est élevée de 732 millim. à 750 millim.

Durant le *second traitement*, le poids s'est abaissé de 10 kil. 850 à 9 kil. 400 avec quelques oscillations, puis est remonté à 10 kil. 500.

La *tête* a profité du développement général du système osseux. Toutes ses dimensions, sauf la demi-circonférence bi-auriculaire, se sont accrues, ainsi que le montre le tableau ci-après.

MESURES DE LA TÊTE	1895	1896		1897
	Octo.	Janv.	Juill.	Janv.
Circonférence horizontale maxima.....	46	46	46.5	49
Demi-circonférence bi-auriculaire.....	31.5	31.5	31.5	31.5
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez........	34	34	34	35
Diamètre antéro-postérieur maximum.	15	15	15	15.2
— bi-auriculaire.............	10.8	10.8	10.8	11
— bi-pariétal..................	13.4	13.4	13.7	14
— bi-temporal.................	10.6	10.6	11	11.1
Hauteur médiane du front..........	4.5	4.5	5	5

Nous avons dit que les *fontanelles antérieure* et *postérieure* persistaient. Elles se sont rétrécies, notamment la première.

		1895 Octobre	1896 Décembre
Fontanelle antér.	Diamètre antéro-postérieur.......	6 cent.	2 cent.
	— transversal............	5 cent.	3 cent.

Parmi les changements survenus dans la nutrition, nous devons signaler — ce que nous avons déjà fait dans des publications antérieures — le *développement de la dentition* qui a été, ici, très remarquable. Les notes que nous avons fait prendre à différentes reprises avant et pendant la médication thyroïdienne, par M. le Dr Bouvet, médecin dentiste de Bicêtre, et qu'il a résumées ainsi qu'il suit, ne laissent aucun doute à cet égard.

État de la dentition (Déc. 1896). — L'état actuel de la bouche et de la dentition du sujet présente un état si normal et si satisfaisant qu'on ne peut croire, en relisant la première observation prise en octobre 1895, qu'elle s'applique à l'enfant que nous avons aujourd'hui sous les yeux. A cette époque, en effet, le maxillaire supérieur présentait un affaissement presque horizontal de la voûte palatine, tandis qu'actuellement le palais a pris sa voussure normale.

La *langue* qui, d'un volume énorme, pendait constamment hors de la bouche, a diminué d'épaisseur pour reprendre des dimensions régulières et se trouve constamment maintenue dans la cavité buccale.

La dentition, réduite en 1895 à un total de 6 incisives, se présente aujourd'hui complète en nombre. Seules les secondes molaires n'ont pas entièrement achevé leur éruption, leurs tubercules faisant seuls saillie hors des gencives. C'est donc un ensemble de 14 dents qui ont effectué leur éruption en l'espace de 15 mois et même un peu moins, car ce n'est qu'à partir du mois de mars 1896 que nous avons constaté une progression active du travail de sortie des dents. A dater de cette époque, en effet, l'enfant a bénéficié d'un mouvement de surnutrition générale extrêmement marqué, même accéléré, comme pour compenser le ralentissement des années antérieures.

Il est toutefois résulté de ces sauts brusques du développement dentaire une légère irrégularité dans la rencontre des dents des deux arcades qui fait que les incisives inférieures couvrent la face postérieure des incisives supérieures et empêchent le croisement complet des deux mâchoires. Quant aux contacts encore non établis entre les prémolaires ils ne tarderont pas à s'effectuer, la couronne de ces dents devant encore subir un allongement qui régularisera complètement les rapports dentaires.

Notons en passant la tendance de la *colonne vertébrale à s'incurver* (notée le 17 février), accident qui ne s'est point présenté durant le second traitement et qui a été mentionné naguère par Telford Smith. Ce phénomène tient-il à l'emploi trop prolongé de la glande thyroïde ou à l'ingestion d'une dose qui agirait plus que la glande thyroïde à l'état normal, nous ne savons : c'est là un point à éclaircir (1).

Relativement aux *modifications du sang*, nous avons eu la bonne fortune d'obtenir de notre collègue M. Vaquez, dont vous connaissez la compétence dans ce genre de recherches, qu'il voulût bien les étudier, ce qu'il a fait à différentes phases du traitement. Nous lui laissons naturellement le soin de vous donner le résultat de ses observations.

La *voix* a subi, sous l'influence du traitement, des modifications qui ont été consignées par M. Sutter, professeur de chant dans notre service. En voici l'analyse. A son entrée B... n'avait pas de voix; on ne distinguait qu'un cri. — Douze jours après le début du traitement, l'enfant avait un timbre de voix sonore, avec une étendue de 4 notes et de 6 notes le 2 avril. Elle a gagné successivement 7, 8, 9 et enfin 10 notes à la fin de l'année 1896. La voix quoique assez faible, est sonore et gagnera encore en étendue.

Dans l'ordre intellectuel, nous avons à mentionner des progrès aussi remarquables que sous le rapport physique. La physionomie s'est transformée, est devenue expressive. L'enfant, auparavant inerte, obtuse, indifférente, est gaie, enjouée, affectueuse, attentive: elle s'intéresse à tout ce qui se fait autour d'elle, a de la spontanéité, se souvient.

L'enfant devient de plus en plus propre, elle n'a pas gâté une seule fois depuis 15 jours. Elle marche en tenant légèrement par le doigt; la crainte de tomber paraît seule l'empêcher de partir définivement.

(*A suivre*).

(1) Voir Danis (C.). — *De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette.* — Th. de Lyon, 1896.

La Rage a Toulouse. — Les cas de rage se multiplient à Toulouse de façon inquiétante. Depuis le 15 décembre, dix-huit chiens enragés ont été abattus. Or, si l'on tient compte qu'avant d'être pris chaque chien hydrophobe a mordu trois ou quatre congénères et que l'incubation de la rage dure plusieurs semaines, le danger est grave. Exposant ces considérations au Conseil municipal, le Dr Rémond, professeur à la Faculté de médecine, a prié le Conseil de charger l'Administration municipale de prendre des mesures très rigoureuses. Ces conclusions ont été adoptées unanimement.

Une affaire bizarre. — Le service de la sûreté a fait ouvrir à Passy une enquête sur des actes de la nature de ceux qui ont motivé l'arrestation des Drs Boisleux et de La Jarrige. Dans cette nouvelle affaire, un médecin et une sage-femme seraient compromis. L'un et autre auraient déjà été interrogés et toutes les pièces de l'enquête auraient été transmises à la préfecture de police. — Qu'est-il advenu de tout cela ?

Un cas de Léthargie. — A Toulon, le 28 janvier, une femme Brun, âgée de 70 ans, demeurant au Pont-de-Bois, avait été déclarée décédée et devait être inhumée. Elle n'était qu'en léthargie et s'est réveillée quelques heures avant la cérémonie. Bientôt cette femme jouissait de la plénitude de toutes ses facultés et ne se montrait nullement décidée à justifier son acte de décès, au sujet duquel il a fallu en référer au parquet.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assistance publique : le service d'inspection.

Dans la discussion du budget de l'Assistance publique pour 1897, qui vient d'avoir lieu au Conseil municipal, le rapporteur, M. Navarre, s'est exprimé ainsi au sujet de l'inspection :

« Je termine, dit-il, en regrettant que le service de l'inspection ne soit pas suffisamment assuré. La 5e Commission avait songé à créer un *troisième emploi d'inspecteur*. Cette idée a été écartée, car on a fait remarquer que, sur deux inspecteurs, un de ces fonctionnaires fait admirablement son service, tandis que le second y apporte trop de négligence.

« Nous invitons donc M. le directeur de l'Assistance publique à prendre les mesures nécessaires pour assurer d'une façon complète, sans augmentation de crédits, l'inspection de tous les établissements hospitaliers. Le Conseil considère en effet ce service comme très important, puisqu'il permet de remédier aux abus (1). »

La 5e Commission, en songeant — heureusement que cela n'a été qu'un songe —, à créer un *troisième* emploi d'inspecteur, perdait complètement de vue les votes antérieurs du Conseil, qui devraient contribuer à établir les *traditions* du Conseil à opposer aux *traditions administratives*. Au budget de l'Assistance pour 1879 figuraient les traitements de *trois* inspecteurs. A celui de 1880, on trouvait inscrits les traitements de *quatre* inspecteurs. Nous avons relevé cette augmentation qui grevait le budget de 12.500 fr. et fait voter un vœu invitant l'Administration à diminuer progressivement le nombre des inspecteurs (2).

Lors de l'examen du projet de budget pour 1880, comme l'Administration n'avait pas tenu compte du vœu du Conseil, nous avons fait voter la suppression du traitement (11.000 fr.) et de l'indemnité (1.500 fr.) répondant à l'un des quatre emplois d'inspecteurs. L'administration dut s'incliner devant ce vote ferme et l'un des inspecteurs fut mis à la retraite. Ce vote était en harmonie avec la volonté du Conseil de cette époque de diminuer le plus possible les frais d'administration.

Dans notre *Rapport sur le projet de budget* pour 1881, nous disions : « Votre Commission, après avoir examiné de nouveau la situation des *inspecteurs*, est de plus en plus persuadée qu'il y aurait lieu de supprimer l'un des trois inspecteurs. Toutefois, en raison des services rendus par les fonctionnaires en exercice, elle ne vous propose aucune suppression de crédit et elle se borne à vous demander d'inviter l'Administration à ne pas nommer de titulaire en cas de vacance. »

A propos du *Rapport sur le projet de budget pour* 1882, le Conseil municipal a renouvelé encore une fois son vœu relatif à la suppression de l'un des trois emplois d'inspecteur.

Lorsque M. Bailly, l'un des inspecteurs, demanda sa mise à la retraite, nous avons rappelé cette indication si nette du Conseil à laquelle M. Peyron s'est naturellement conformé et personne, jusqu'ici, ne semblait avoir songé à augmenter le haut personnel de l'Assistance publique.

Notre avis, que nous avons formulé bien des fois, c'est que deux inspecteurs sont parfaitement suffisants pour les inspections d'urgence, pour la vérification des caisses des économes, etc. Car au-dessus et à côté d'eux il y a d'autres inspecteurs : le directeur de l'Assistance publique, le secrétaire général et le chef de la division des hôpitaux et hospices. Certes, M. Peyron a une lourde besogne; mais il est une partie de cette besogne que le Conseil municipal pourrait lui épargner. Nous comprenons très bien que M. le directeur de l'Assistance publique assiste aux séances du Conseil quand on doit y traiter des affaires qui le concernent. Mais il serait facile de ne pas l'astreindre en quelque sorte à être présent à toutes les séances; ce qui lui laisserait plus de temps à consacrer à des visites dans les établissements hospitaliers. Il pourrait ainsi, sur place, se rendre un compte plus exact de leurs besoins, mieux apprécier les réclamations des chefs de service qu'il verrait, et souvent trancher en quelques instants des affaires qui, au chef-lieu de l'Administration, prennent plus de temps et exigent plus d'explications. BOURNEVILLE.

(1) *Bulletin mun. officiel* du 4 janv., p. 75.
(2) *Rapp. sur le projet de budget* pour 1879, p. 15 et 83.

Cours de Médecine opératoire. — M. le Pr Félix Terrier.

Le mercredi 3 mars, à quatre heures, M. le Pr TERRIER a commencé son cours de médecine opératoire devant un très nombreux auditoire, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine. Dans cette leçon d'ouverture, que nous publierons d'ailleurs *in extenso* dans notre prochain numéro, il a rappelé l'expérience, bénévole, qu'il a tentée en 1896 pour l'enseignement pratique de la médecine opératoire. On lira ultérieurement, ici même, avec intérêt, les péripéties de cette réelle amélioration de l'état de choses ancien; bornons-nous donc aujourd'hui à enregistrer le fait et à constater que le succès en 1896 a dépassé les espérances.

M le Pr Terrier a continué sa campagne contre l'enseignement, tel qu'on le donne actuellement à la Faculté de Médecine, en ce qui concerne la médecine opératoire pratique; il a annoncé qu'il avait obtenu du Conseil de la Faculté un changement notable dans les errements des temps anciens. Malheureusement les négociations ne sont pas terminées et il faudra encore attendre l'opinion du Conseil supérieur de l'Instruction publique et surtout celle du Ministre : ce qui demande un certain temps; mais on attendra le temps nécessaire. A ce propos, disons qu'il circule, à l'Ecole pratique, un tas de légendes qui n'ont pas le sens commun... Mais comment lutter contre des légendes? Plus on en parle, plus on y croit... Gardons donc de Conrart le silence prudent, pour éviter... toute prise d'armes, d'ailleurs vaine et inutile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 Février 1897.

Du rôle physiologique des leucocytes, à propos des plaies de la cornée.

Dans cette note pleine d'aperçus nouveaux, M. RANVIER apporte des arguments qui ont la valeur de preuves en faveur de cette proposition fondamentale que les *globules blancs, cellules lymphatiques, leucocytes, doivent concourir à la nutrition des organes.* D'abord, il s'élève contre le nom nouveau de *phagocytes* qui est mauvais parce qu'il fait croire à des cellules d'une espèce nouvelle, alors qu'il s'agit d'éléments parfaitement connus sous un autre nom, et que d'autre part, toutes les cellules, quelles qu'elles soient, peuvent manger. Les *cellules lymphatiques* ont d'autres fonctions beaucoup plus importantes, au point de vue physiologique, que la phagocytose. Déjà, l'auteur a montré que ces cellules peuvent se fixer, s'accroître, acquérir une forme nouvelle, devenir des *clasmatocytes*. Que ces cellules jouent un rôle dans la nutrition, il en apporte une démonstration en les étudiant dans les

plaies de la cornée. Dans les plaies un peu grandes, dont on examine des préparations faites 48 heures après la lésion, on observe ce qui suit. L'épithélium qui s'est avancé sur la plaie, mais en laissant son centre libre, présente les signes d'une multiplication karyokinétique très active. La partie centrale de la plaie, celle qui n'a pas été recouverte d'épithélium, montre un nombre considérable de cellules lymphatiques. La plupart ont un double contour et contiennent plusieurs noyaux; elles ont perdu leur chromatine protoplasmique. Souvent aussi le protoplasma ayant été dissous, les noyaux sont mis en liberté, et le nombre des noyaux mis en liberté est en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires. Ces cellules en se dissolvant apportent aux cellules épithéliales en voie de prolifération, les substances nutritives dont elles ont besoin et qui ne peuvent pas être apportées par les vaisseaux puisqu'il n'y en a point. Les phénomènes inflammatoires ressemblent à ceux du développement embryonnaire. *L'inflammation ramène les tissus à l'état embryonnaire.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 février 1897. — Présidence de M. Gley.

M. le Pr Mosso communique le résultat de ses recherches *sur la pression atmosphérique* et le mal des montagnes, faites à l'Observatoire du Mont-Rose. Il a constaté que la véritable cause des accidents respiratoires observés dans les hauteurs est l'absence d'acide carbonique dans le sang. Ce n'est pas l'oxygène qui fait défaut; il est plutôt en excès, c'est l'acide carbonique, qui n'encrassant plus le sang, suivant l'expression de l'auteur, semble le rendre impropre à provoquer les actes réflexes de la respiration.

M. Mathias-Duval communique une note de M. Levêque sur la *distribution des nerfs dans les artères*. Le fait à retenir est que les filets nerveux sont les uns dans la couche musculaire superficielle, d'autres dans la couche musculaire profonde du vaisseau, et qu'il existe ainsi une certaine indépendance dans l'innervation des différents plans musculaires.

M. Camus montre une série de tubes prouvant *que l'oxydation de la biliverdine* ne se produit que dans certaines conditions dont la première est la présence de l'oxygène en assez notable quantité.

M. Boucheron communique le résultat de ses recherches sur l'action du *sérum anti-streptococcique dans la sinusite maxillaire aiguë*, dans le phlegmon aigu à streptocoques du sac lacrymal. Il a constaté que dans les cavités muqueuses closes pathologiquement l'exsudat streptococcique peut se résorber sous l'influence du sérum anti-streptococcique.

M. Pilliet décrit les *lésions de l'endothélium des veines dans la phlébite variqueuse*, sur des pièces conservées dans la formaline et colorées à la thionine. On observe sur ces pièces la prolifération de l'endothélium, telle que l'a décrite récemment M. le Pr Cornil et sa transformation en un tissu conjonctivo-vasculaire tout à fait spécial et distinct des leucocytes mangeurs de globules rouges qui sont nombreux dans le caillot adhérent au point lésé. Ces lésions ont leur maximum au point rétréci de la veine variqueuse. En arrivant dans les portions dilatées, on ne rencontre que le caillot fibrineux tel que le connaissaient les anciens auteurs.

M. Variot adresse une note sur la *structure de la névroglie péri-médullaire*, développée entre la pie-mère et les éléments nerveux.

Sur quelques conditions favorisant l'infection pyocyanique.

M. Phisalix. — Depuis que M. Charrin a montré l'importance en pathologie générale du microbe de la suppuration bleue, plusieurs observateurs ont constaté des cas d'infection pyocyanique spontanée tant chez les animaux que chez l'homme. Cependant cette maladie est encore très rarement signalée par les microbiologistes. La raison de cette lacune me semble résider dans ce fait que le diagnostic du microbe spécifique repose uniquement sur ses propriétés chromo-aromatiques. Or, on sait combien la propriété chromogène du bacille pyocyaneus est contingente et variable sous l'influence des agents chimiques et physiques; j'ai montré, avec M. Charrin, qu'une température dysgénique appliquée à plusieurs générations de ce microbe peut lui faire perdre d'une manière durable cette propriété, sans détruire ses attributs pathogènes. Les fonctions chromo-aromatique et pathogène ne sont donc pas liées nécessairement l'une à l'autre. Il est probable que le plus souvent le microbe peut évoluer et occasionner la mort sans manifester ses propriétés chromogènes. Celles-ci n'apparaissent que dans des conditions spéciales. Parmi ces causes favorisantes, j'ai pu en déterminer deux en étudiant une petite épidémie d'infection pyocyanique chez le cobaye. La première est un changement dans l'alimentation. La maladie pyocyanique que je n'avais jamais constatée s'est brusquement manifestée chez des cobayes nourris à la betterave et l'épidémie a pris fin dès qu'on eut modifié le régime. La seconde est due à la présence du staphylocoque doré qui accompagnait quelquefois le bacille pyocyanique. En injectant du staphylocoque doré sous la peau, j'ai déterminé une infection pyocyanique typique. Les ensemencements du sang et des organes lésés ont donné des cultures pures de ce microbe. Il résulte de ces faits que si l'étude des variations fonctionnelles de ce microbe est intéressante, la recherches des caractères propres à le faire reconnaître, en l'absence de coloration et d'odeur des cultures, aurait une certaine utilité. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars. — Présidence de M. Caventou.

Méningite suppurée consécutive à l'extirpation d'un sarcome fuso-cellulaire du sinus frontal guérie par l'ouverture du crâne et le lavage de la pie-mère.

M. Berger lit un rapport sur cette importante observation de M. Luc. La guérison fut obtenue, malgré une pneumonie optique qui troubla la convalescence. Le point fort intéressant est la disparition des accidents cérébraux après l'incision et le lavage des méninges. Au point de vue de la récidive du sarcome du sinus frontal, le pronostic, malgré la largeur de l'ablation, doit être toujours réservé.

Tumeur kystique du canal de Gartner.

M. Blanchard présente, au nom de M. Magalhães (de Rio de Janeiro), une observation unique jusqu'ici dans la science de kyste de la portion terminale du canal de Wolf (canal de Gartner).

L'assainissement des usines d'allumettes.

Après une série d'observations de MM. Magitot, Vallin, Lereboullet, Bouchardat, Laborde, montrant l'utilité suffisante des mesures hygiéniques prises sans suppression du phosphore blanc, l'Académie vote à l'unanimité, moins deux voix, les conclusions suivantes :

1° Il est urgent de faire cesser l'insalubrité qui persiste dans un grand nombre de manufactures d'allumettes en France; 2° la suppression du phosphore blanc est le seul moyen capable d'assurer l'assainissement définitif de ces industries; 3° l'emploi général de machines automatiques perfectionnées est une mesure précieuse, mais à la condition que les opérations nuisibles aient toujours lieu dans des caisses vitrées, où ne séjournent pas les ouvriers; 4° en attendant la réussite complète des expériences en cours, l'insalubrité actuelle pourrait être diminuée par les mesures suivantes : ventilation beaucoup plus active; emploi de courte durée et alternance des ouvriers dans les ateliers dangereux; sélection initiale et visites médicales périodiques, avec élimination temporaire ou définitive des ouvriers ayant la bouche en mauvais état; installation plus complète et surveillance rigoureuse des réfectoires et lavabos des usines existantes. »

Commissions des prix pour 1897.

Les commissions sont composées de la façon suivante : *Prix de l'Académie* : MM. Duclaux, Laveran, Fernet. — *Alvarenga* : MM. Dumontpallier, Grancher, Guyon. — *Barbier* : MM. Chauveau, Labbé, Mégnin. — *Bourcerel* : MM. Trasbot, Marey, Laborde. — *Buignet* : MM. Gariel, Riche, Guignard. — *Capuron* : MM. Farabeuf, Bucquoy, Robin. — *Chevallier* : MM. Hérard, Dieulafoy, Lannelongue. — *Chevillon* : MM. Tillaux, Lucas-Championnière. Reclus. — *Civrieux* : MM. Luys, Ferrand, Magnan. — *Daudet* : MM. Guéniot, Pinard, Péan. — *Desportes* : MM. Blanchard, Duguet, Worms. — *Godard* : M. Polaillon, Périer, Berger. — *Herpin* : MM. Potain, Motet, Huchard. — *Itard* : MM. Bouchard, Hayem, Debove. — *Laborie* : MM. Duplay, Terrier, Monod (Charles). — *Larrey* : MM. Blache, Lereboullet, Delorme. — *Laval* : MM. Gautier, Landouzy, Brouardel. — *Meynot* : MM. Chauvel, Panas, Javal. — *Monbinne* : MM. Kelsch, Pozzi, Railliet. — *Nativelle* : MM. Jungfleisch, Hanriot, Marty. — *Portal* : MM. Laboulbène, Lancereaux, Porak. — *Pourat* : MM. Duval, Sée (Marc), François-Franck. — *Ricord* : MM. Cornil, Hallopeau, Fournier. — *Vernois* : MM. Colin, Nocard, Vallin.

A. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Goitre exophtalmique.

M. Picqué, à l'exemple de M. Tillaux, pense que le goitre exophtalmique est très souvent une affection médicale et n'a rien à voir avec la chirurgie.

Fistule vésico-vaginale

M. Bazy. — Chez un malade où existait une destruction totale de la paroi vésico-vaginale et de la plus grande partie de l'urèthre, il a été amené à faire 5 ou 6 opérations successives pour reconstituer le bas-fond de la vessie d'abord, puis la cloison et enfin le canal de l'urèthre. Celui-ci étant incontinent, il a dû faire porter une pelote comprimant le pubis et retenant les urines pendant 3 ou 4 heures.

Urèthre périnéal supplémentaire chez l'homme

M. Moty a observé un soldat qui, pendant la miction, rendait quelques gouttes d'urine en arrière du scrotum. L'urèthre dans toute son étendue était libre. Après dissection de la fistule, avec une incision prérectale, sans suturer l'urèthre, il a vu au bout de douze jours la plaie se cicatriser et les fonctions se rétablir à la suite d'une certaine période de cystalgie, de cause probablement nerveuse. L'origine de cette fistule est douteuse.

Cancer du rectum.

M. Quénu. — Deux principes s'imposent dans toute extirpation du rectum : un abord large du néoplasme et une asepsie absolue, mais quelques précautions sont aussi indispensables; elles tiennent aux conditions dans lesquelles se présente la tumeur (mobilité, volume, adhérences avec les organes voisins, etc.). A cet égard, les adhérences du cancer du rectum à la prostate ne doivent pas être considérées comme une contre-indication, et l'ablation est possible. Il suffit de s'aider d'un cathéter de l'urèthre qui permet d'éviter celui-ci. La rétraction du releveur de l'anus est d'une grande importance. Il faut reconnaître et sectionner son rebord antérieur; ce qui permet d'amener au dehors 10 à 12 centimètres du rectum. Lorsque les vésicules séminales ou la vessie semblent envahies, on peut en faire la résection.

M. Kirmisson présente un malade atteint de *bec-de-lièvre compliqué. Isolement de la narine par le procédé de Berger. Guérison.*

M. Pozzi présente une *éventration énorme de la ligne blanche, suite de laparotomie pour kyste de l'ovaire.*

M. Routier rapporte le cas d'un *décubitus aigu à la suite d'hystérectomie vaginale.*

M. Schwartz présente un opéré de *gastro-entérostomie pour cancer énorme de l'estomac. Guérison fonctionnelle. Excellent état général actuel.*

M. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 24 février 1897. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. Galante est nommé Trésorier de la Société.

M. Lereboullet. — *La peste; mesures à prendre.* — La peste n'est plus aujourd'hui ce qu'elle a été autrefois; aussi la panique qui a saisi la ville de Marseille ces derniers temps est-elle très regrettable. On ne peut plus redouter comme autrefois ces épidémies désastreuses, et, grâce à l'hygiène, la peste a été reculée, et confinée dans un certain nombre de régions. De ces foyers peut-elle venir en Europe? Difficilement: outre le germe, en effet, il faut un *milieu épidémique*. Ces milieux épidémiques ne se créent pas d'emblée. Dans toutes les épidémies de peste, un malade étant mort, plusieurs mois se sont écoulés avant que l'épidémie éclatât. Par conséquent, les précautions prises au début sont capables d'arrêter le mal. Aujourd'hui pourrait-on méconnaître les signes de la peste et laisser évoluer l'épidémie? Non. Ces erreurs seraient impardonnables; on reconnaît aujourd'hui la peste, grâce à la bactériologie : de plus, aujourd'hui, grâce à l'Ecole Pasteur, on connaît la vaccination de cette maladie. Mais la peste ne se transmet pas seulement par le malade, mais encore par ses vêtements, etc. ; les procédés désinfectants sont là pour arrêter les épidémies qui pourraient se développer. L'auteur proteste contre le décret qui a été pris par le gouvernement pour satisfaire la demande de la ville de Marseille; ces mesures n'empêcheraient pas la peste de pénétrer en France et ruinent le commerce inutilement.

M. Queyrel (de Marseille) fait une communication sur l'épidémie de peste de Marseille en 1720.

M. Netter prend la parole à propos de la communication de M. Lereboullet. Même au moyen âge les épidémies de peste ont été relativement bénignes, dans les endroits où les précautions d'hygiène ont été prises. A la fin du siècle dernier, les Européens qui vivaient en Orient étaient le plus souvent épargnés par la peste, grâce à leur propreté bien supérieure à celle des Orientaux. L'année dernière à Londres il y a eu deux cas de peste, et il n'y a pas eu de développement de l'épidémie. M. Netter insiste sur le point suivant : la difficulté du diagnostic précoce de la peste.

M. Duclaux. — On incrimine non seulement les rats, mais aussi les fourmis, dans la dissémination de la peste. Les indigènes, qui prennent des précautions d'hygiène, ne sont pas plus pris que les Européens; c'est ce qu'on observe en ce moment dans les Indes.

M. Treille montre qu'à Marseille la municipalité a pris peur trop rapidement. Au Tonkin, l'autorité maritime a pu protéger ce pays de la peste, grâce à des mesures d'hygiène.

M. Napias propose à la Société d'émettre le vœu suivant le Décret de février 1896 était suffisant à lui seul pour protéger la France contre la peste, sans qu'il fût nécessaire de recourir à une législation nouvelle.

Martha.

REVUE DES MALADIES DU CŒUR, DU FOIE, DE L'ESTOMAC ET DES POUMONS

I. – **La balnéation thermale contre les maladies chroniques du cœur et des vaisseaux**; par le Dr H. de Bosia, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Bourbon-Lancy. — J.-B. Baillière, 1895.

I. — Dans ce volume qui est le résumé de douze années d'études cliniques approfondies, l'auteur, après avoir cité les trop rares travaux français relatifs à ce traitement aujourd'hui si couramment employé à l'étranger, indique dans son premier chapitre quelles sont les propriétés nécessaires à une eau thermale pour agir sur les maladies du cœur : faible altitude, action diurétique, action sédative.

Dans le second, nous voyons les effets physiologiques : diminution de la fréquence du pouls, légère augmentation de pression, prolongement de la systole et de la diastole

Viennent ensuite les applications thérapeutiques aux endocardites mitrales et aortiques, aux cardiopathies artérielles, aux myocardites chroniques, aux angines de poitrine vraie ou

fausse et aux scléroses veineuses, toutes soulignées par d'intéressantes observations donnant à cette brochure de 80 pages sa vraie valeur thérapeutique et clinique.

II. — Des sténoses pyloriques; par le Dr E. Dupuy, médecin de l'hôpital Saint-Denis. — Asselin et Houzeau, 1895.

II. — L'auteur en admet trois catégories : la sténose anatomique ou fibreuse, la sténose spasmodique, la sténose néoplasique. Dans la première se rangent les sténoses cicatricielles et une autre variété congénitale ou acquise, dont la pathogénie n'est pas élucidée. La seconde comprend le spasme hystérique, les spasmes provoqués par des lésions de la muqueuse stomacale ou l'hyperacidité du suc gastrique. La troisième est réservée aux cancers. Après une description assez minutieuse des symptômes des diverses variétés, l'auteur expose les règles du traitement. L'hygiène diététique y occupe un rang assez considérable et lorsqu'elle ne suffit plus c'est au chirurgien qu'il appartient d'intervenir. La difficulté est de bien saisir le moment psychologique de l'intervention : il ne faut pas attendre que la dégénérescence cancéreuse soit trop étendue, ni l'affaiblissement du malade trop considérable. Avec quelques réserves, M. Dupuy adopte la manière de voir de Doyen. L'avenir nous apprendra, dit-il, si l'armée chirurgicale doit le suivre. Les observations de l'auteur semblent l'indiquer.

III. — Valeur clinique de la toxicité urinaire; par le Dr Carlo Geoffredi (de Naples).

III. — Dans cet article de quelques pages, l'auteur passe en revue les travaux de Bouchard, Semmola, Feltz et Erhmann, Roger, Lepari, Surmont, Bellati, Colasanti, etc. Et, après une critique minutieuse des divers documents, il arrive à cette conclusion que l'étude de la toxicité urinaire dans les affections du foie ajoute un élément de plus au diagnostic et au pronostic ; mais que la valeur de cet élément n'a pas la prépondérance que lui ont attribuée les premiers chercheurs.

IV. — La tuberculose pulmonaire et les rayons de Rœntgen; par le Pr Domenico Benucci (de Gênes).

IV. — Dans cette notice de 16 pages, l'auteur indique d'abord un moyen d'abréger la pose photographique en enduisant la partie non sensible des plaques photographiques de sulfure de zinc. — Il établit ensuite, par des expériences sur le cadavre, l'ombre fournie par les poumons tuberculeux. Le chapitre IV est consacré aux procédés de diagnostic ordinaires des tuberculoses larvées et des tuberculoses latentes. Ces procédés, il faut bien l'avouer, laissent toujours, même dans l'esprit des cliniciens les plus éminents, un doute plus ou moins considérable. Il n'en est plus de même avec la radiographie. Dans son chapitre V, l'auteur après avoir cité les recherches de Siegel et Heusser, d'Hope-Seyler, de Vussburg, expose ses recherches avec la radiographie et l'ombre donnée par le poumon malade. Malheureusement la notice indique seulement la possibilité de la radiographie, mais ne donne pas de détails sur les résultats obtenus.

V. — Le traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire par le Dr A. Guimbail (Extrait de la *Revue de Thérapeutique nouvelle par les agents physiques*, décembre 1896 à février 1897).

V. L'auteur se rallie à l'opinion du Pr Grancher, que la tuberculose pulmonaire est une maladie curable. Après des considérations fort étendues sur la prophylaxie de la tuberculose chez l'individu tuberculisable vient l'exposé de la méthode qui comprend, outre le régime, quatre procédés thérapeutiques se subdivisant eux-mêmes suivant les nécessités : révulsion extérieure, antisepsie interne, antisepsie externe, toniques externes (agents physiques).

La révulsion externe se fait à l'aide de pointes de feu appliquées *larga manu*; l'antisepsie interne est réalisée par des injections sous-cutanées d'un mélange de gaïacol, d'iodoforme et d'eucalyptol dans l'huile stérilisée. L'antisepsie externe se fait au moyen d'inhalations d'aldéhyde formique, suivant la méthode préconisée par le Dr Ghirelli, aujourd'hui décédé. La médication par les agents physiques consiste en gymnastique pulmonaire, cure d'air, cure de lumière et cure saline. Le régime doit être sévèrement réglementé et maintenu. Les fonctions de la peau soigneusement entretenues par les bains savonneux.

Nul doute que cette méthode ne donne de bons résultats. Mais elle constitue malheureusement encore un traitement de riche, et l'organisation de la défense des pauvres contre la tuberculose par des sanatoria en grand nombre et des secours pécuniaires suffisants pour remplacer le gain du travail qui fait vivre la famille, quand l'aurons-nous ? L.-R. Regnier.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

M. le Dr H. NAPIAS

Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Dr Henri Napias, récemment élu Membre de l'Académie de Médecine, naquit à Sézanne (Marne) le 7 mars 1842. Il est donc Champenois, comme un grand nombre de médecins distingués de la Faculté de Paris : MM. Pinard, Huchard, Troisier, Duguet, par exemple.



M. le Dr H. Napias, de l'Académie de Médecine.

Dès le début de ses études, M. Napias se lança dans le mouvement d'opposition de la jeunesse des écoles contre l'Empire. Les journaux éphémères fleurissaient au quartier latin. Leurs fondateurs et rédacteurs étaient vaillants et nombreux, et leur verve ne trouvait de repos que durant les périodes de villégiature à Sainte-Pélagie que leur prodiguait généreusement le gouvernement impérial. H. Napias fut un des plus actifs champions de cette opposition. Il contribua, dès 1861, à fonder la *Jeune France*, puis la *Jeunesse*. Il collabora ensuite activement au *Mouvement*, au journal *Qui vive ?* et à la revue l'*Europe littéraire*. Gambetta dirigeait cette phalange de jeunes républicains, qui se sont presque tous illustrés depuis. Leur liste, à l'heure présente, offre un assemblage disparate presque paradoxal ; les évolutions de la politique ont dispersé les collaborateurs d'antan, et ce n'est pas sans surprise que nous voyons lutter côte à côte dans ces publications d'un jour avec Henri Napias, MM. Méline, Ribot, Andrieux, Lavisse, Rogeard, Léon Béquet, G. Casse, Clemenceau, Vaquez, G. Isambert, Taule, E. des Essarts, P. Denis et... Mme Louise Michel.

En 1863, M. Napias entra dans le corps de santé de la marine, où il ne tarda pas à se distinguer. En effet, en 1865, une médaille d'honneur lui est décernée par le Ministre pour sa belle conduite durant l'épidémie cholérique de la Guadeloupe.

Lorsque la guerre franco-allemande survient, M. H. Napias est médecin à bord du *Forfait* dans l'escadre de la Baltique. Des devoirs de famille l'obligent à quitter la marine, après

la guerre en 1871. Il vient à Paris, fait une thèse de doctorat intitulée : *Essai sur la fièvre pernicieuse algide* et, une fois muni de son diplôme de docteur, il entreprend la dure carrière de médecin de quartier. Il en connaît les déboires et les difficultés des débuts, mais ne se laisse pas abattre et se consacre aussitôt et presque exclusivement à l'étude de l'hygiène. En 1877, il fonde, en s'adjoignant MM. Budin, Catelan, Delaunay, Dubois, du Mesnil, Laborde, Pinard et Thévenot, la *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle*, dont il est actuellement secrétaire général. Cette société eut le mérite incontesté de donner une vive impulsion aux progrès de l'hygiène publique en France et de faire prendre d'importantes mesures sanitaires. M. Napias a le droit de réclamer une bonne part du succès de l'œuvre commune aux membres de cette Société. Nommé au concours inspecteur départemental du travail des enfants dans l'industrie, il devient membre de la commission des logements insalubres de la ville de Paris, est ensuite nommé inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur et président du Conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, du Conseil supérieur de l'Assistance publique, de la Commission supérieure du travail dans l'industrie.

Outre ces hautes fonctions, les travaux de M. Napias lui valent de nombreuses récompenses : une mention honorable de l'Académie des sciences en 1883, une autre de l'Académie de médecine la même année, une médaille d'argent (Hygiène de l'enfance) de l'Académie de médecine en 1892, et enfin les grades d'officier de l'Instruction publique et d'officier de la Légion d'honneur.

Les travaux de M. Napias sont si nombreux qu'il est difficile d'en faire même l'énumération. Presque tous ont trait à l'hygiène et à l'Assistance publique. Il a écrit le *Manuel d'hygiène industrielle*, où il étudie concurremment la législation française et les législations étrangères touchant les prescriptions relatives aux industries insalubres et dangereuses. Cet ouvrage, fort estimé, eut une influence considérable sur l'hygiène professionnelle et industrielle en France. L'hygiène scolaire et l'hygiène de l'enfance sont l'objet de nombreux rapports de M. Napias soit au Comité consultatif d'hygiène, soit au Congrès d'hygiène de Paris en 1889. Il s'est occupé activement de la création des crèches, de leur organisation et de leur réglementation.

L'Assistance publique et l'hygiène hospitalière lui doivent aussi beaucoup. Nous ne pouvons passer sous silence ses travaux sur les *hôpitaux d'isolement*, sur les *conditions de l'hygiène hospitalière en France, en* 1892, enfin un important traité de 800 pages sur l'*Hygiène hospitalière et l'Assistance publique*, écrit en collaboration avec M. A.-J. Martin, ouvrage qui forme le livre V de l'*Encyclopédie d'hygiène publique*, du Dr J. Rochard.

Il nous est impossible d'énumérer les missions dont M. Napias fut chargé par les ministères de l'intérieur, du commerce, de l'instruction publique, des affaires étrangères et par la préfecture de la Seine ; nous ne pouvons non plus citer les Congrès auxquels il prit une part prépondérante, ni les Sociétés françaises et étrangères, qui s'honorent de le compter parmi leurs correspondants.

Nous ne voulons retenir de l'œuvre du Dr Napias qu'une petite brochure de 170 pages, intitulée l'*Assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire*. Cet ouvrage paraît de faible importance au premier abord, au milieu de tant de travaux; mais, quand on en fait la lecture si agréable et si instructive, on ne tarde pas à constater que ce pamphlet, spirituel comme un roman de Voltaire, donne la mesure exacte de la valeur de son auteur et de la largeur de ses vues. Dans cette aimable fiction, un préfet, comme il ne s'en trouve pas (d'où sans doute son nom de Jacques Nemo) prend à cœur l'organisation de l'Assistance dans son riche département de Sambre-et-Loire.

Il commence par faire une enquête qui lui montre comment les meilleures intentions ne donnent aucun résultat, en présence de préjugés indéracinables en apparence. M. Nemo ne s'indigne pas, car il connaît les hommes et sait s'en servir; par une habile politique, doublée d'une grande patience, mais aussi d'une fermeté inébranlable, il parvient à faire triompher ses idées, à promener en France et en Europe une commission d'étude, qui note partout ce qu'il y a de bon. Il constate en passant que la France ne le cède en rien aux autres pays, où les préjugés sont aussi difficiles à saper. A l'étranger comme chez nous, des améliorations partielles se sont effectuées. Mais il n'y existe pas d'organisation parfaite à copier. Avec une grande indépendance d'idée et l'esprit de conciliation et de tolérance le plus absolu, le préfet Nemo signale, entre autres, les avantages de la laïcisation des hôpitaux, qui existe depuis longtemps dans la très catholique Autriche et qu'on a le tort de considérer en France plus comme une manœuvre politique que comme une mesure destinée au bien-être des malades. La sagesse de M. Nemo finit par vaincre et le département de Sambre-et-Loire devient une Salente moderne, où l'assistance est pratiquée selon les conceptions philanthropiques les plus larges.

Cette brochure de M. Napias est vécue; il serait facile à toute personne qui connaît la province de mettre un nom propre à côté de chaque abus signalé dans l'enquête du préfet Nemo. Nous avons connu les antiques services de vénériens d'un hôpital provincial ; nous avons visité les loges destinées aux aliénés dans les hospices des petites localités et les remarques de M. Napias, complétant celles qu'avaient publiées le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie*, sont loin d'être exagérées.

Il serait bon et utile de faire lire cette brochure à tous ceux qui de près ou de loin touchent à l'Assistance; peut-être dans le nombre Jacques Nemo trouverait-il un imitateur.

Le style de ce conte philosophique (car hélas ! nous croyons que la Sambre-et-Loire sera encore longtemps une fiction) est vif, enjoué, spirituel ; les reproches y prennent un air de bonhomie et d'indulgence qui n'enlève rien à leur valeur et à leur sévérité, et, en lisant ces pages qui charment, lorsqu'on a l'honneur de connaître M. Napias, on est plus que jamais pénétré de la vérité du mot célèbre de Buffon : le style, c'est l'homme. J. Noir.

VARIA

Faculté de Médecine de Paris.

ANNÉE SCOLAIRE 1896-97. (*Eté*).

Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er mars 1897.

I. — *Cours.* — *Physique biologique.* M. Gariel. Etude physique de la phonation et de l'audition. Etude physique de la vision. Application de l'optique aux méthodes d'observation en biologie. Mardi, jeudi samedi, à 5 heures, amphithéâtre de physique à la Faculté. — *Opérations et appareils* : M. Terrier. Opérations sur l'abdomen. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Pathologie interne* : M. Hutinel. Les maladies infectieuses. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — *Pathologie et thérapeutique générales* : M. Bouchard. Les altérations pathologiques de l'appareil circulatoire. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, petit amphithéâtre de la Faculté. — *Hygiène :* M. Proust Défense de l'Europe contre la peste. Climats d'altitude des sanatoria. Du rôle de l'air et du sol dans la transmission des maladies. Etiologie et prophylaxie des maladies générales. Leçons pratiques au musée et au laboratoire. Visite des musées, fabriques et établissements divers au point de vue de l'hygiène. Mardi, jeudi, samedi. à 4 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — *Médecine légale* : M. Brouardel. Responsabilité médicale. Grossesse. Avortement. Lundi, vendredi, à 4 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — *Conférences de médecine légale* : M. Brouardel. Conférences pratiques de médecine légale. Lundi, mercredi. vendredi, à 2 heures, à la Morgue.

II. — *Cliniques* (Visite des malades tous les matins.) — *Cliniques médicales* : M. Potain. Clinique médicale. Mardi, samedi, à 10 heures, à la Charité. M. Jaccoud. Clinique médicale. Mardi, samedi, à 9 h. 1/2, à la Pitié. M. Hayem. Clinique médicale. Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures, à l'hôpital Saint-Antoine. Dieulafoy. Clinique médicale. Mercredi à 9. h. 1/2, samedi à 10 heures, à l'Hotel-Dieu. — *Cliniques chirurgicales* ; M. Duplay. Clinique chirurgicale. Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2, à l'Hotel-Dieu. Le Dentu. Cliniques chirurgicales. Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2, à

l'hôpital Necker. Tillaux. Clinique chirurgicale. Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2, à la Charité. Berger. Clinique chirurgicale Lundi. vendredi. à 9 h. 1/2, à la Pitié. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. Joffroy. Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. Mercredi, samedi, à 9 h. 1/2. à l'asile Sainte-Anne. — *Clinique des maladies des enfants* : M. Grancher. Clinique des maladies des enfants. Mercredi, samedi, à 4 heures, à l'hôpital des enfants malades. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Fournier. Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Mardi, vendredi. à 9 h. 1/2, à l'hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Raymond. Clinique des maladies du système nerveux. Mardi, vendredi, à 10 heures à la Salpêtrière. — *Clinique ophtalmologique* : M. Panas. Clinique ophtalmologique. Lundi, vendredi, à 9 heures à l'Hôtel-Dieu — *Clinique des maladies des voies urinaires* ; M. Guyon. Clinique des maladies des voies urinaires. Mercredi, samedi, à 9 heures, à l'hôpital Necker. — *Cliniques d'accouchements* : M. Tarnier. Clinique d'accouchements. Mardi, samedi. à la clinique d'accouchements, rue d'Assas. M. Pinard. Clinique d'accouchements. Lundi, mercredi. vendredi, à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard du Port-Royal.

III. — *Cours complémentaires. — Pathologie externe* : M. Tuffier, agrégé. Chirurgie du thorax et de l'abdomen. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, petit amphithéâtre de la Faculte. M. Bar, agrégé. Dystocie Opérations. Mardi, jeudi, samedi à 3 h. petit amphithéâtre de la Faculté.

IV. — *Conférences. — Chimie biologique* : M. Chassevant, agrégé. Chimie des tissus et humeurs. Phénomènes chimiques des fonctions de l'organisme. Sang. Urines. Lundi. mercredi, vendredi, à 4 heures, amphithéâtre de physique, à la Faculté. — *Anatomie* : M. Thiéry, agrégé. Anémie topographique médico-chirurgicale de la tête, du cou et du membre supérieur. Lundi, mercredi vendredi, à 3 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — *Histologie* : M. Retterer, agrégé. Tissus conjonctif, cartilagineux, osseux. Sang; lymphe. Vaisseaux Ganglions lymphatiques Rate, capsule surrénale. Structure des organes génitaux externes. Tissu érectile. Lundi. mercredi, vendredi, à 5 heures, grand amphithéâtre de la Faculté. — *Physiologie* : M. Gley, agrégé. Digestion. Sérétions. Mardi, jeudi, Samedi, à 4 heures, grand amphitheatre de l'Ecole pratique. — *Pathologie interne* : M. Marie, agrégé. Maladies du cerveau et de la moelle. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures, petit amphithéâtre de la Faculté. — *Pathologie externe* : M. Delbet, agrégé, Chirurgie de la tête, du cou et du rachis. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, grand amphithéâtre de la Faculte. — *Thérapeutique* : M. Gilbert, agrégé. Therapeutique elémentaire. Mardi, jeudi. samedi. à 6 heures, petit amphithéâtre de la Facutlé. — *Anatomie pathologique* : M. Letulle, agrégé. Voies digestives. Glandes. Système nerveux. Lundi, mercredi, vendredi, a 2 heures, grand amphithatre de l'Ecole pratique. — *Pharmacologie* : M. André. agrégé. Etude du droguier. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. amphithéâtre de pharmacologie. — *Maladies de la peau* : M.Gaucher. agrégé. Tumeurs de la peau. Hémorrhagies cutanées. Pityriasis. Dimanche. à 10 h. 1/2, à l'hôpital Saint-Louis.

V. — *Travaux pratiques. — Physique biologique* : M. Weiss. agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de physique biologique. Lundi mercredi, vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Histologie* : M Rémy. agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques d'histologie. Tous les jours, de 1 heure à 3 heures. — *Physiologie* : M. Laborde, chef des travaux. Démonstrations de physiologie expérimentale. Lundi, vendredi, de 3 heures à 4 heures — *Médecine opératoire* : M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Exercices de médecine operatoire. Tous les jours de 1 heure à 4 heures. — *Anatomie pathologique* : M. Brault. chef des travaux. Travaux pratiques d'anatomie pathologique. Tous les jours, à 2 heures.

Semestre d'été. — Division des études.

1° Ancien régime (décret du 20 juin 1878 : doctorat ; — décret du 1er août 1883 : Officiat). — 1re *Année* : Physique medicale, chimie medicale, histoire naturelle médicale. Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat) : chimie, physique, histoire naturelle.

2e *Année* : Physiologie, histologie. Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : physiologie, histologie. Travaux pratiques obligatoires (officiat) ; physiologie, stage hospitalier.

3e *Année* : Physiologie, pathologie interne, pathologie externe, pathologie et thérapeutique générales, thérapeutique, pharmacologie et matière médicale, anatomie pathologique, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques obligatoires (doctorat : stage hospitalier, physiologie. Travaux pratiques obligatoires (officiat) ; stage hospitalier, physiologie

4e *Année* : Patholologie interne, pathologie externe, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale et comparée, thérapeutique. pharmacologie et matière médicale, hygiène. médecine légale, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale. cliniques spéciales, accouchements, maladies des femmes et des enfants, anatomie pathologique. Travaux pratiques obligatoires (doctorat : stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique. Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, medecine opératoire.

2° Nouveau régime (decret du 31 juillet 1893). — 1re *Année* : Anatomie, histologie, physiologie, physique biologique. propedeutique. Travaux pratiques obligatoires : physique, histologie, physiologie.

2e *Année* : Histologie, physiologie, physique biologique, chimie biologique, pathologie interne, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, physique et chimie biologiques, histologie, physiologie.

3e *Année* : Médecine opératoire, pathologie interne, pathologie externe, accouchements, anatomie pathologique, pathologie générale, cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique.

4e *Année* : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, pharmacologie. matière médicale botanique, cliniques médicale, chirurgicale, spéciales et obstétricale, conférences de chimie, physique (appliquées à l'hygiene et à la thérapeutique). histoire de la médecine et de la chirurgie. Travaux pratiques obligatoires : stage spécial, stage obstétrical, douze séances de travaux de chimie clinique. Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique. matière medicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

5e *Année* : Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

Les étudiants. inscrits avant le 1er octobre 1985, suivent l'ancien régime d'études; ceux inscrits à partir du 1er octobre 1895, suivent le nouveau régime d'études.

Le musée Orfila et le musée Dupuytren sont ouverts aux élèves tous les jours de 11 heures à 4 heures.

La bibliothèque est ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi, et tous les soirs de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

OUVERTURE DE COURS.

Année scolaire 1896-97 (2e semestre).

Conférences de physiologie. — M. Gley, agrégé, commencera ces conférences le mardi 9 mars 1897, à 4 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. le Pr Terrier a commencé le cours de médecine opératoire le mercredi 3 mars 1897, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis. lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Les exercices pratiques du cours de médecine opératoire auront lieu tous les mercredis, à 4 heures, à partir du mercredi 10 mars, au laboratoire de médecine operatoire (Ecole pratique).

Conférences d'anatomie pathologique. — M. Letulle, agrégé, a commencé les conferences d'anatomie pathologique le vendredi 5 mars 1897, à 2 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, a la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique. — N. B. Des démonstrations pratiques, gratuites, auront lieu, avant chaque conférence, de 1 h. 1/2 à 2 h., à partir du lundi 8 mars, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé, continuera ces conférences le dimanche 7 mars 1897, à 10 heures et demie du matin, à l hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les dimanches suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Tumeurs de la peau. Pityriasis. Maladies des glandes sudoripares. Hémorrhagies cutanees. Perleche. Boutons de Biskra.

Conférences d'histologie. — M. Retterer, agrégé, a commencé les conferences d'histologie le vendredi 5 mars 1897, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure

Conférences de pathologie externe. — M. Delbet, agrégé, a commencé ces conferences le jeudi 4 mars 1897, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculte), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire de pathologie externe. — M. Tuffier, agrégé, a commencé ce cours complémentaire le vendredi 5 mars 1897, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculte), et le

continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr HUTINEL commencera le cours de pathologie interne le samedi 6 mars 1897, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences de thérapeutique. — M. GILBERT, agrégé, commencera ces conférences le 6 mars 1897, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudi et samedis suivants, à la même heure. *Programme* : Art de formuler. Médicaments. Régimes alimentaires.

Conférences d'anatomie. — M. THIÉRY, agrégé, commencera ces conférences le lundi 8 mars 1897, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Exercices pratiques de Médecine opératoire : 1° A l'Ecole pratique, sous la direction de M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Médecine de Paris ; 2° A l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, n° 17), sous la direction de M. QUENU, agrégé, directeur des travaux scientifiques dudit amphithéâtre. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront : 1° à l'Ecole pratique de la Faculté, le mardi 16 mars 1897 ; 2° A l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le lundi 8 mars 1897. Ils auront lieu tous les jours, à 1 heure. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de 4e année, en vue de la 16e inscription. Les etudiants pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part. — *Conditions d'Admission* : 1° Les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de 4e année qui ont pris la 14e inscription en janvier 1897 (du 6 au 28) sont inscrits d'office et seront convoqués dans l'ordre de la prise de cette inscription. Une liste supplémentaire sera formée en faveur des élèves ayant pris la 14e inscription après le 28 janvier et dans le courant du trimestre ; mais cette liste ne sera convoquée que si le service le permet. Il est recommandé à ces élèves : 1° de prendre régulièrement l'inscription d'avril, s'ils veulent être maintenus à la liste d'appel ; 2° de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu. — 2° Les élèves pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir.

La santé dans l'armée.

Nous signalons plus loin le rapport du Ministre de la guerre sur l'état sanitaire de l'armée. Ce rapport a paru à l'*Officiel*. Nous lui empruntons les détails complémentaires suivants.

Stérilisation des eaux. — Le progrès est d'une évidence démonstrative dans les garnisons de Lure, d'Evreux et de Châteaudun, si douloureusement éprouvées par la fièvre typhoïde et jouissant maintenant d'une salubrité absolue. Aussi cette expérience concluante et prolongée m'a-t-elle conduit à décider que six de ces appareils stérilisateurs seraient mis en service permanent dans des casernements où les eaux de boisson ne sont pas irréprochables. Ce n'est pas que l'adoption des appareils à stériliser l'eau par la vapeur sous pression doive, malgré la simplicité, l'économie de leur fonctionnement et la solidité de leurs divers organes, nous faire méconnaître les incontestables avantages des filtres Chamberland ; l'exemple des garnisons d'Avesnes, de Beauvais, de Caen, de Vendôme, de Lorient, de Fontenay-le-Comte, de Melun, de Blois, d'Auxerre, de Dinan, de Compiègne, etc., etc., est trop évident pour qu'on puisse mettre en doute la certitude de leur efficacité. Mais le service de santé ne pouvait hésiter à mettre à profit les perfectionnements apportés à des appareils dont il suivait depuis plusieurs années les transformations avantageuses ; il ne pouvait, d'un autre côté, les substituer prématurément aux filtres Chamberland, car il eut été téméraire d'exposer les garnisons aux mécomptes que donnent si souvent des appareils qui ne sont point arrivés au degré de perfection que l'on est en droit d'exiger.

La variole. — Le nombre des cas de variole décroit d'année en année. En 1876, 1877, 1878, il dépassait annuellement le chiffre de 1,000 ; on avait à déplorer 127, 92 et 98 décès. En 1895, il y a eu 61 varioleux dans toute l'armée et six décès par variole ; on ne compte plus que 57 cas et 2 décès en 1896. C'est la revaccination qui a préservé nos troupes, en Algérie, à Madagascar et au Tonkin, au milieu des populations indigènes, parmi lesquelles ce fléau est endémique et meurtrier.

Quand au *croup*, les décès sont réduits de plus de moitié : tous les hôpitaux militaires, comme les plus petits centres militaires de France et d'Algérie, ont été pourvus de l'instrument spécial indispensable à l'inoculation du sérum antidiphtérique que nous fournit en abondance et que renouvelle libéralement l'Institut Pasteur, aussitôt qu'il en est besoin. Aussi la mortalité croupale, qui était de 64 en 1893, est-elle tombée à 24 en 1895 et à 22 en 1896.

Sans doute, la *scarlatine*, la *rougeole* comme la grippe sont toujours extrêmement fréquentes : le ministre l'attribue au contact de la vie civile, aux permissionnaires, aux réservistes, etc., mais on lutte cependant. On ne saurait se dissimuler, cependant, que toute cause d'insalubrité dans les casernements se traduit, en définitive, par un excès dans la morbidité et la mortalité de la troupe, ainsi que cela c'est produit à Dijon lors de l'épidémie de grippe et, tout récemment, dans l'épidémie de scarlatine de Gerardmer ; on ne saurait se dissimuler, non plus, que toute amélioration dans l'installation de ces casernements se traduit par des dépenses très considérables, et que mon administration ne peut y faire face que dans les limites que lui imposent les crédits budgétaires annuels.

La Médecine au Théâtre en 1896.

Accidents survenus, pendant l'année 1896, dans les théâtres parisiens, ayant nécessité l'intervention du médecin de service.

I. — *Traumatismes.*

Entorse simple du pied, 5. Entorse des deux pieds, 1. Contusion d'un doigt pris dans une porte, 1. Contusion de l'épaule droite par chute d'un contre-poids, parésie consécutive de l'épaule et du bras, 1. Plaie de l'index gauche par crochet à tricoter, 1. Contusion légère de la tête par chute, 3. Machiniste tombé d'un portant, mort, 1. Tourniole, 1. Contusion de la malléole externe, 1. Contusion violente du pied, 1. Luxation de l'épaule gauche, 1. Luxation du coude, 1. Entorse du poignet, 1 Plaie contuse du bras par morsure de cheval, 1. Plaie contuse du bras par morsure de mulet, 1. Plaie transverse de la racine du nez par chute, 1. Fracture du péroné, 1. Plaie de l'occiput par chute sur un patin, 1. Contusion de l'épaule, 1. Plaie profonde de la main par un éclat de siphon, hémorrhagie artérielle abondante, 1.

II. — *Affections médicales.*

Vertige et syncope, 2. Syncope, 2. Indigestion, 2, Hémoptysie abondante, 1. Vertiges, nausées, menace de syncope, 5. Métrorrhagie abondante, 2. Coryza et bronchite aigué, 1. Mort subite, 1.

III. — *Accouchements.*

Accouchement, 1.

La liste ci-incluse, qui nous a été communiquée par notre excellent confrère, M. Philippeau, secrétaire général de la Société des Médecins de théâtre, est certainement incomplète, c'est-à-dire que tous les accidents survenus, pendant l'année 1896, ne sont pas signalés dans cet état : 1° parce que beaucoup de médecins ne font pas partie de cette Société ; 2° parce que beaucoup de ses adhérents ne lui ont pas fait part des accidents qu'ils ont eu à soigner ; 3° parce que beaucoup de nos collègues se font remplacer dans leur service par des étudiants ou des confrères qui ne s'intéressent pas à ces choses. Mais elle est néanmoins intéressante à consulter et pourra renseigner M. le Prefet de Police, qui manque complètement de documents à cet égard. M. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 8. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Gaucher, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série*) : MM. Terrier, Delens, Walther. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Marchand, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Gilles de la Tourette.

MARDI 9. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Bar, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Grancher, Debove, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité. (1re *série*) : MM. Guyon, Pozzi, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Marfan.

MERCREDI 10. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Sébileau, Walther. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Humbert, Lejars, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Wurtz, Widal.

JEUDI 12. — Médecine opératoire : MM. Panas, Quénu, Th[illegible]. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Rémy, Gley, Roger. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Berger, Hartmann — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Joffroy, Thoinot.

VENDREDI 12. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hotel-Dieu. (1re *série*) : MM Delens, Peyrot, Broca. — (2e *série*) : MM. Marchand, Ricard, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Thoinot,

Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 13. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Chantemesse, Letulle — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié. (1re *série*) : MM. Le Dentu, Polaillon, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Berger, Quénu, Hartmann. — (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Cornil, Debove, Roger. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Raymond, Gilbert. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 10. — M. Pourtier. De quelques particularités que présentent les résultats éloignés des amputations de cuisse et de jambe. — M. Chalufour. Contribution à l'étude du traitement des fractures de la rotule. — M. Dominique. De la conjonctivite infectieuse d'origine animale. — M. Astié. Le thorax en bateau de la syringomyélie.

JEUDI 11. — M. Diriart. Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale (technique de M. le Dr Routier, 1895-1896). — M. Cassan. L'airol appliqué au traitement des métrites. — M. Hazemann. Les homicides chez les absinithiques. (Essai clinique et médico-légal). — M. Grognot. Contribution à l'étude des troubles nerveux précoces du mal de Pott.

Enseignement médical libre.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, médecin inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera le mardi 9 mars à 5 heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme*. Il le continuera les samedis et mardis suivants à 5 heures.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, recommencera un cours de technique microscopique et d'histologie pathologique, avec manipulations et exercices de diagnostic, le 15 mars, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 9, rue Marsollier, de 1 h. à 2 h. ou au laboratoire de 4 h. à 6 h.

Nous attirons l'attention de nos Lecteurs sur le Catalogue des livres au rabais joint à ce numéro.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 14 au samedi 20 février 1897, les naissances ont été au nombre de 1 146, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 415 illégitimes, 162. Total, 577. — *Sexe féminin* : légitimes, 389 ; illégitimes, 180. Total, 569.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 fév. au samedi 20 fév. 1897, les décès ont été au nombre de 909, savoir : 473 hommes et 436 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 1, T. 1. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 8, F. 8, T. 16. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 3, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 0, T. 5. — Grippe : M. 1, F. 1, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 104, F. 67, T. 171. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 11, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 9, T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 21, F. 40, T. 61. — Méningite simple : M. 7, F. 12, T. 19. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 13, T. 41. — Paralysie, M. 8, F. 10, T. 18. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 5, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 26, T. 57. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 7, T. 19 — Bronchite chronique : M. 13, F. 14, T. 27. — Broncho-pneumonie : M 33, F. 24, T. 57. — Pneumonie : M. 17, F. 19, T. 36. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 29, T. 52 — Gastro-entérite, biberon : M. 8, F. 12 T. 20 — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 10, F. 13, T. 23. — Sénilité : M. 10, F. 19, T. 29. — Suicides : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres morts violentes : M. 11, F 5, T. 16. — Autres causes de mort : M. 78, F. 64, T. 142. — Causes restées inconnues : M. 2, F. 0, T. 2.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 103, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 22 Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 18. Total : 50.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours libres.* — *Psychologie physiologique et pathologique. Hypnotisme.* — M. BÉRILLON : les mardis et samedis, à 5 heures, à partir du 9 mars (amphithéâtre Cruveilhier). — *Minéralogie biologique.* M. GAUBE : les mardis et samedis, à 4 heures, à partir du 9 mars (amphithéâtre Cruveilhier). Objet du cours : Des ferments et des fermentations dans leurs rapports avec la matière minérale. — *Electrothérapie.* M. FOVEAU DE COURMELLE : les lundis, à 5 heures, à partir du 26 avril (amphithéâtre Cruveilhier). Objet du cours : Les radiations nouvelles, rayons X, etc. ; radioscopie, radiographie ; applications thérapeutiques. — *Gynécologie.* M. FOURNEL : les mardis et jeudis, à 5 heures, à partir du 27 avril (amphithéâtre Cruveilhier). — *Anesthésiques et antiseptiques* : M. PETIT.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. GOSSART, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des Sciences de Bordeaux, est nommé professeur de physique expérimentale à cette Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr L. d'ASTROS est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira, le 8 novembre 1897, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Rouen.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée active.* — Un concours s'ouvrira à Paris, le 5 avril 1897, pour un emploi de professeur agrégé d'hygiène à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. Les médecins-majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à prendre part au concours. Les demandes d'admission doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au Ministre de la Guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux), avant le 25 mars 1897.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — Par arrêté ministériel en date du 20 février 1897 ont été inscrits d'office au tableau d'avancement des officiers du corps de santé des colonies pour le grade supérieur : MM. Clavel, médecin en chef de 2e classe et Maclaud, médecin de 2e classe.

HOMMAGE AU Pr FARABEUF. — Les collègues, les élèves et les amis de M le Pr Farabeuf, ont l'intention de lui offrir un souvenir à l'occasion de son élection à l'Académie de Médecine. Ce souvenir dont on espère donner à chaque souscripteur, quel que soit le montant de sa cotisation, une image matérielle, sera le témoignage de l'estime de tous et de la reconnaissance de ceux qui ont tiré quelque profit des initiatives et des leçons écrites ou orales qu'a prodiguées depuis trente années l'éminent professeur. Adresser les cotisations avant le 20 mars, chez MM. Masson et Cie, libraires, 120, boulevard Saint-Germain.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Officiers*, MM. les Drs Ranvier (de Paris) ; Boyer (médecin militaire). — *Chevaliers*, MM. les Drs Basin (médecin militaire) ; Depasse (médecin des colonies).

Est nommé *Officier de l'instruction publique* : M. le Dr Picard, médecin des Enfants-Assistés.

Ont été nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Cazaux (Michel-Thomas), conseiller d'arrondissement, délégué cantonal, à Oloron ; Juppé (Henri), maire d'Arudy (Basses-Pyrénées), médecin des écoles, délégué cantonal ; Veilleau, professeur à l'Association des Dames françaises ; Allary (Léonce-Charles), à Leucate (Aude) ; Armet (Lucien-Silvère-Charles), à Sallèles-d'Aude (Aude) ; Bellissent (Paul-Jacques), à Sigeau (Aude) ; Deroyer (de Fougères) ; Vollier (de Paris) ; Brau, médecin des colonies ; Monceaux, médecin à Saïgon ; Olmeta, médecin du lycée de la Martinique.

NOMINATIONS. — Sont nommés membres du comité des travaux historiques et scientifiques, *section des sciences*, MM. Dehérain, professeur au Muséum d'histoire naturelle ; P. Regnard, de l'Académie de Médecine.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — MM. les Drs Allard, Chassy, Castueil, Eyssautier, Tornari, Raynaud, Larche, Gilormini, Pujol, Périot, P. Vié, Rathelot, Martelli, Perdriolat et Goin, sont nommés médecins sanitaires maritimes.

Médecins des Lycées. — M. le Dr Bardy, médecin-adjoint au lycée de Belfort, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement du Dr Petitjean, démissionnaire. — M. le Dr Duvernoy est nommé médecin-adjoint au lycée de Belfort, en remplacement de M. le Dr Bardy, nommé médecin titulaire dudit lycée. — M. le Pr Ducamp est nommé médecin-adjoint au lycée de Montpellier (emploi nouveau). — M. le Dr Esquivar est nommé médecin-adjoint au lycée de Tarbes (emploi nouveau).

Recompenses. — Une *mention honorable,* pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. le Dr Platelle (de Rosult).

Société française d'Ophtalmologie en 1897. — La session annuelle de la Société française d'ophtalmologie se tiendra à Paris du 3 au 6 mai prochain. Voici la question qui sera l'objet d'un rapport : *Rôle de l'auto-infection dans les affections oculaires.*

Conférences. — Le 2 avril prochain, salle des Mathurins, 36, rue des Mathurins, à 2 h. 1/2, aura lieu une conférence de M. Victor du Bled, sur les *Médecins du XVIIe siècle.*

Société d'Etudes Italiennes. — La société d'études italiennes fera sa 53e conférence le mercredi 10 mars 1897, à la Sorbonne (entrée par la rue Saint-Jacques, n° 46, amphithéâtre B), à 8 h. 3/4 du soir. — M. le Dr Labat, ancien président de la Société d'hydrologie : « *Un voyage en Italie au Congrès médical de* 1894. »

Union française des Universités d'Amérique. — *Séance solennelle.* — Cette séance est donnée à l'occasion de la Fête anniversaire de la naissance de Washington, le lundi 8 mars 1897, à 8 heures 1/2 du soir, dans la salle de la Société de Géographie. *Ordre du jour* : Rapport sur le but et les travaux de la Société. Chansons universitaires américaines, chantées par les membres du « Latin Quarter Glee Club », « l'Idéal national aux Etats-Unis », conférence par M. de Coubertin, président de l'Union. Projections lumineuses : Vues des principales Universités des Etats-Unis.

Assistance publique de Paris. — *Hospice de Brévannes.*— M. Ranson, conseiller municipal, avait prévenu, il y a quelques temps, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, qu'il le questionnerait, dès la rentrée du Conseil, sur certains faits relevés par lui à la charge du directeur d'un des grands hospices de la banlieue de Paris. Une enquête a été ouverte sur ces faits. Elle a démontré qu'aucune malversation n'avait été commise par le directeur de l'hospice, mais que, cependant, on pouvait lui reprocher quelques irrégularités sans gravité. Toutefois, l'Administration s'est décidée à mettre le directeur à la retraite.

Les Rayons X en Chirurgie. — M. Vasseur, de la Faculté des sciences de Marseille, avait avalé un os qui s'était arrêté dans le larynx. Des souffrances très vives et des difficultés de respiration inquiétaient les médecins. On décida l'opération fort délicate et dangereuse de l'ouverture de l'œsophage. Au moment de commencer, on eut l'idée de photographier avec les rayons X la partie malade. L'épreuve montra que l'os avait glissé pendant les sondages faits par les médecins. Les souffrances persistantes provenaient des lésions des tissus produites par ce corps étranger. On renonça dès lors, grâce à la radiographie, à faire subir à M. Vasseur une opération douloureuse et redoutable.

Les Règlements sanitaires. — Une intéressante affaire a été appelée devant le tribunal correctionnel de Saint-Malo. Pendant la traversée de ce port à Saint-Pierre, en avril 1896, du brigantin *Survivor* qui, sous le commandement du capitaine Ribault, transportait 110 pêcheurs, un marin fut atteint de la variole et soigné dans un espace isolé. Ayant repris son service avant d'être rétabli, cet homme dut entrer à l hôpital à l'arrivée à Saint-Pierre. Quelques jours après, un matelot qui l'avait veillé à bord ainsi que deux autres pêcheurs, tombèrent malades à leur tour. Informée de ce fait, l'autorité sanitaire demanda au capitaine pourquoi, ayant eu un varioleux, il ne l'avait pas fait savoir. Le capitaine déclara qu'il n'y avait pas eu de cas à son bord. Convaincu de grave infraction au règlement sanitaire et de fausse déposition, il fut poursuivi à Saint-Pierre devant le tribunal correctionnel, qui se déclara incompétent. La cour d'appel ayant rendu une décision confirmative, la cour de cassation cassa et renvoya l'affaire devant le tribunal correctionnel du port d'armement (Saint-Malo). Il est résulté des débats que Ribault avait eu un homme atteint de la variole au cours de la traversée, et que cet homme était venu à terre alors qu'il était encore très malade.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de Chirurgie.* — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 15 mars pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Auvray, Benoit, Bernard, Bauglé, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Jayle, Launay, Longuet, Manson, Mauclaire, Michon, Morestin, Péraire, Reblaud, Regnauld, Reymond, Souligoux, Thiéry, Vercoustre.— Le jury est provisoirement composé de MM. Tillaux, Lannelongue, Polaillon, Segond, Félizet, Marc Sée, Lermoyez.

Concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur des Hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 10 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 5 avril 1897, et sera clos définitivement le vendredi 23 du même mois, à 3 h.

Infirmerie de Saint-Lazare. — *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie, syphiligraphie et gynécologie.* — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare. La deuxième série commencera le jeudi 4 mars, à dix heures et demie du matin, et se continuera les samedi, mardi et jeudi suivants, à la même heure. Sont admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, qui se seront fait inscrire chez M. le Directeur de la maison Saint-Lazare qui leur remettra une carte d'entrée.

Asile Clinique de la Faculté de Paris. — *Transfert du service de clinique.* — Dans une de ses dernières séances, le Conseil général de la Seine a pris une délibération par laquelle l'Administration est invitée à étudier les voies et moyens pour le transfèrement de la clinique des maladies mentales de l'asile Sainte-Anne à l'hospice de la Salpêtrière. Il a, en outre, émis le vœu que les Facultés de médecine imposent aux étudiants l'obligation d'un stage de trois mois au moins dans un service d'aliénés. — Le *Progrès médical* a depuis bien des années réclamé cette réforme.

Hôpitaux de Marseille. — *Laïcisation.* — Le Conseil municipal de Marseille a refusé de voter le budget du bureau de bienfaisance et l'a renvoyé à l'administration, parce qu'il ne contenait pas la laïcisation des établissements hospitaliers.

Les Monstres au Muséum d'histoire naturelle de Paris. — Dans les dernières vitrines installées récemment dans les nouvelles galeries du Muséum d'histoire naturelle de Paris, M. Filhol a réuni la plus curieuse collection qui soit en Europe des monstres animaux. Tous les phénomènes qu'on a eu à enregistrer y sont représentés : arrêt du développement des membres ou du cerveau, soudure des membres, rhinocéphalie, anencéphalie, parasitisme, etc. Ce coin du Musée attire la foule des curieux.

Une Erreur... de Diagnostic. — Sous ce titre, le *Temps* semble heureux d'enregistrer le fait suivant. Le 18 mars 1896, une veuve Billy, aubergiste, fut arrêtée sous l'inculpation d'infanticide, à Saint-Nazaire, et examinée par M. le Dr Meloche, qui déclara qu'elle présentait tous les signes d'un accouchement récent. La constatation médicale avait lieu à la prison, le 20. Le lendemain 21 mars, la prévenue mettait au monde, avant terme, un enfant qui n'a pas vécu. Actionné, à raison de cette erreur, par la veuve Billy, en dommages-intérêts, M. le Dr Meloche vient d'être condamné par le tribunal civil à lui payer 1,000 fr. de dommages-intérêts, malgré les conclusions contraires du ministère public.

Dolbeau devant l'Histoire. — Les héritiers du chirurgien Dolbeau, ancien professeur à la Faculté de Médecine, ont, comme nous l'avons annoncé déjà, intenté un procès à M. Lissagaray et à ses éditeurs, MM. Curel et Fayard, à propos de son *Histoire de la Commune,* dans laquelle le chirurgien est accusé d'avoir livré un malade aux soldats de l'armée de Versailles. Les demandeurs réclament à M. Lissagaray et à ses éditeurs un franc de dommages-intérêts, la suppression du passage visé et l'insertion du jugement à intervenir dans dix journaux. Me Chenu s'est présenté devant la première chambre du tribunal pour les héritiers Dolbeau ; Me Michel Pelletier pour M. Lissagaray et ses éditeurs.

Les Désordres universitaires a Montpellier — Les troubles universitaires du 5 décembre vont avoir leur épilogue en police correctionnelle. Trois étudiants, arrêtés et relaxés le lendemain, sont poursuivis sous l'inculpation de rébellion envers les agents et tapage nocturne.

Exonération des Frais de Désinfection en faveur des Médecins de Paris. — On sait qu'à Paris la base de perception des taxes des désinfections opérées par le service municipal pour le compte des particuliers est établie suivant le montant du loyer. Plusieurs médecins de la capitale avaient demandé à ce service la désinfection de vêtements et de linges portés par eux et dont ils redoutaient la contamination, mais la part contributive que comporte l'élévation de leur loyer leur rendait onéreuse la répétition plus ou moins fréquente de cette mesure prophylactique. Cependant il est d un grand intérêt pour la santé publique de pouvoir faciliter et généraliser de telles mesures, alors surtout qu'il s'agit

de personnes qui, par leur profession, sont appelées à être souvent en contact avec des malades atteints d'affections transmissibles. Dans ces conditions, le préfet de la Seine vient, après délibération conforme du Conseil municipal de Paris, d'accorder l'*exonération complète de toute participation aux frais de désinfection aux membres du Corps médical, lorsque celle-ci est demandée dans un intérêt professionnel.* Il serait à souhaiter qu'une mesure aussi libérale et aussi juste fût prise dans toutes les villes où il existe un service municipal de désinfection.

L'Hygiène dans l'armée en 1896. — Le ministre de la guerre a communiqué à ses collègues du Conseil des Ministres, récemment, le rapport sur l'hygiène dans l'armée que nous analysons plus haut et qui a été publié, suivant l'usage, au *Journal officiel*. Parmi les résultats enregistrés dans ce rapport, on signale le suivant : le nombre des décès dans l'armée est tombé de l'année 1887 à l'année 1896, du chiffre de 3.319 à 2.900 pendant que les effectifs se sont élevés de 480,672 à 546,500 hommes.

Accident du a l'électricité. — On écrit de Bruxelles, 19 février, qu'un épouvantable accident, qui, par une chance vraiment extraordinaire, n'a pas causé mort d'homme, s'est produit à Bruxelles. Un camion de marchand de coke, attelé de deux vigoureux chevaux, montait péniblement la rampe du boulevard, lorsque soudain un fil téléphonique se brisa dans les airs, tomba sur le fil conducteur des tramways, pour ensuite s'abattre sur les deux chevaux qui furent foudroyés par une décharge qu'on peut évaluer à 20,000 volts. Le conducteur affolé se jeta à la tête de ses chevaux, essayant de les relever ; il allait infailliblement saisir le fil et subir le même sort, quand la police accourut et l'en empêcha.

Un médecin arrêté — Le parquet d'Amiens a fait écrouer récemment à la maison de Bicêtre, le docteur X..., inculpé de tentative de viol sur sa bonne âgée de quinze ans. La fillette, après s'être débattue, s'est échappée de la maison de son patron, à trois heures du matin. Elle a été recueillie par la police. C'est ainsi que la justice a été mise au courant des faits. (*Temps*.)

La Rage a Madagascar. — Le dernier courrier de Madagascar a apporté une triste nouvelle. Le résident de Fianarantsoa, M. le Dr Besson, a eu la douleur de perdre son plus jeune fils, qui a succombé à la rage ; le malheureux enfant avait été mordu par un chien enragé.

Nécrologie. — On écrit de Beyrouth, le 15 février, que ce jour-là ont eu lieu, dans l'église latine de la ville, les obsèques de M. le Dr Bayer, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, mort à trente-sept ans, après une courte maladie. Ancien interne et lauréat de la Faculté de Lyon, M. le Dr Bayer, était depuis 1890 professeur à la Faculté française. Sur la tombe le consul général, M. le Dr de Brun, au nom de la Faculté, et M. Vié, député de la nation, ont exprimé les regrets causés par cette mort prématurée. — M. le Dr Brugère (d'Uzerche). — M. le Dr Juvénaux (de Corseul). — M. Lucien Hess, étudiant en médecine à Nancy. — M. le Dr Leroux, médecin principal de l'armée en retraite, décédé à 79 ans.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Tenon. — M. Béclère. — Conférence clinique tous les vendredis, à 10 h. 1/2 (salle Pidoux).

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Doléris commencera ses conférences cliniques sur l'obstétrique et la gynécologie, dans son service à la Pitié, le mardi 9 mars, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à 10 h. — M. le Dr George Thibierge : *leçons cliniques sur les maladies de la peau*, le vendredi à 10 h. 1/2. Le mercredi et le samedi, à 9 h., consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques. — M. le Dr Babinski : conférences cliniques sur les *maladies du système nerveux*, samedis à 10 heures du matin. Les conférences ont lieu dans la salle des consultations, annexe de la salle Grisolle.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules Voisin, le jeudi, à 10 h. du matin.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hôpital Saint-Antoine. — *Maladies du système nerveux*. — MM. Gilbert Ballet et E. Brissaud. M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures. M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Hallopeau, dimanche, à 9 h. 1/2 (salle des conférences) — M. le Dr Du Castel, le samedi, à 1 h. 1/2, consultation externe. Après la consultation, conférence clinique dans la salle des conférences.

Asile clinique. — *Conférence sur les causes de la folie* : M. le Dr Toulouse, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie,
61, rue de Rennes.

Dans la 558e livraison de la Grande Encyclopédie, publiée cette semaine, nous remarquons une importante monographie de l'île de la Martinique, par Ch. Delavaud, celle de l'Etat de Massachusets ; la biographie du savant égyptologue français Maspero, par M. Henri Marion, celle du général Masséna, par M. Etienne Charavay ; une étude sur le Masque, au point de vue archéologique, sociologique, industriel, etc. ; enfin un article fort intéressant sur le massage, par le Dr Collineau. — Prix de chaque livraison : 1 franc. — Une feuille spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY (G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Faculté de Médecine de Paris. — M. le Pr **F. TERRIER**.

L'Enseignement de la Médecine opératoire en 1896 à la Faculté de Médecine de Paris.

Leçon d'ouverture (3 mars 1897).

Messieurs,

Chaque année, avant de commencer la partie technique de mon cours, j'ai pris l'habitude de vous entretenir, dans ma première leçon, des questions qui peuvent se rattacher à hmo enseignement de la médecine opératoire.

Je n'y manquerai pas cette année, ayant à vous exposer les résultats d'une expérimentation que nous avons faite ensemble l'an dernier.

Dès 1893, ainsi que je vous l'ai déjà rappelé (1), j'ai considéré l'enseignement de la médecine opératoire comme devant être un enseignement essentiellement professionnel, s'apprenant surtout soit à la clinique hospitalière, soit à l'amphithéâtre et sur le cadavre. Il est bien entendu que cet enseignement doit être précédé de leçons théoriques ; mais celles-ci ne doivent pas primer absolument la partie pratique. de beaucoup la plus importante. Je laisse de côté l'enseignement clinique, n'ayant pas à m'en occuper, mais dont je vous signale encore la grande importance.

J'ai donc cherché à faire suivre l'enseignement théorique d'un enseignement pratique, professionnel, assez différent, du reste, de celui qui vous est donné soit à l'Ecole pratique de la Faculté, soit à l'amphithéâtre des Hôpitaux.

Tel qu'il existait encore il y a un peu plus d'une année, le cours de médecine opératoire était didactique et ne se faisait qu'à l'amphithéâtre d'enseignement; il n'était plus professé en toque et en robe, mais c'était à peu près toute la modification qu'il avait eue à subir, depuis de nombreuses années.

Toutes les opérations dites usuelles — et je n'ai pas à revenir ici sur ce que cette expression comporte d'exceptions —, toutes ces opérations donc étaient faites à l'Ecole pratique des Hôpitaux et de la Faculté. Le professeur de médecine opératoire de la Faculté n'avait pas le droit et ne devait pas s'en préoccuper. Malheureusement, Messieurs, je n'ai pas encore à m'occuper de cet enseignement pratique, si utile et si important. Et cela malgré mes nombreuses réclamations, qui, je dois le dire, ont été entendues et approuvées, l'an dernier, par une commission nommée à cet effet, et cette année par l'assemblée de la Faculté.

Il reste encore à obtenir la sanction du Conseil supérieur de l'Instruction publique, dont les sessions n'ont lieu que deux fois par année et enfin l'approbation du Ministre de l'Instruction publique.

Comme je vous l'ai dit l'an dernier et comme je le répète ici, les décisions administratives sont, dans notre pays, fort longues à obtenir ; et, quelque justes que soient les réclamations, elles soulèvent de suite des montagnes d'objections qu'il faut combattre et rétorquer.

J'avais prédit que les déterminations que je vous ai signalées seraient longues à prendre, et cela a été long. Cependant, il faut le reconnaitre, la question a fait un grand pas en avant; j'espère bien qu'elle continuera à progresser et que vous en verrez bientôt la solution définitive.

Alors, Messieurs, — peut-être l'an prochain — pourrai-je vous exposer mes vues sur ce sujet spécial d'enseignement pratique.

Je reviens à mon enseignement personnel et vous demande la permission de vous rappeler, en quelques mots, les modifications successives que j'ai cru devoir lui faire subir.

Tout d'abord, le cours de médecine opératoire se faisait l'hiver, c'est-à-dire en pleine période des travaux anatomiques, dans des conditions telles qu'il était presque impossible d'avoir des sujets pour répéter devant vous les opérations étudiées théoriquement. De plus, au cas où les répétitions étaient possibles, elles étaient faites fatalement à la lumière artificielle — du gaz —, et ne pouvaient être d'aucune utilité pratique pour les assistants du cours.

En présence de cette situation peu tolérable, j'ai demandé à faire le cours de médecine opératoire pendant le semestre d'été, et cela m'a été accordé. L'an dernier, donc, pour la première fois, j'ai professé la médecine opératoire pendant le deuxième semestre de l'année scolaire. J'ai pu répéter devant vous une partie des opérations professées, vous montrer des instruments, des appareils, les faire fonctionner, et cela sans être plongé dans une obscurité relative. C'était, selon moi, un progrès ; mais cet enseignement me semblait encore incomplet et surtout insuffisant, s'il ne s'accompagnait pas d'exercices pratiques.

Il ne suffit pas, en effet, d'entendre la description d'une opération, plus ou moins simple ou compliquée; de la voir répéter sur le cadavre ; il faut la faire soi-même, et, cela à plusieurs reprises, si la chose est possible.

Combien de fois, un chirurgien, même expérimenté, étudiant une opération nouvellement décrite, éprouve de grandes difficultés à l'exécuter, s'il ne l'a pas déjà vu faire ; s'il n'a pas eu la chance d'aider ou d'être aidé par un collègue plus expert que lui et qui en connaît bien la technique.

Cette proposition est indiscutable pour les chirurgiens ; elle l'est bien moins encore lorsqu'il s'agit des élèves, qui ont tout à apprendre, en voyant faire et en faisant ensuite.

Dans le but de combler, autant qu'il m'était possible, cette grave lacune de mon enseignement, j'ai résolu de consacrer une leçon par semaine à la répétition des opérations que j'avais professées dans le cours. C'était là, Messieurs, une question à étudier, un *modus faciendi* à expérimenter, et dont la solution dépendait non seulement de moi, mais surtout des élèves et de leur bon vouloir.

Nous nous trouvions, en effet, dans d'assez mauvaises conditions expérimentales; tout d'abord on manquerait de place, car je ne possédais que trois tables dans

(1) Leçon d'ouverture au cours de médecine opératoire (4 mars 1896); in *Progrès médical*, n° 12 (1896).

mon laboratoire de médecine opératoire, et c'était peu.

De plus, le nombre des sujets, trois par semaine, était des plus restreints et manifestement insuffisant.

Aussi, ce ne fut pas sans une certaine crainte que j'instituai cet enseignement pratique, portant presque exclusivement alors sur les seules opérations que j'avais professées au cours.

Eh bien, Messieurs, grâce au concours bénévole de mes anciens élèves, dont quelques-uns étaient prosecteurs et aides d'anatomie; grâce au dévouement de mon préparateur, mon ami, M. le Dr Marcel Baudouin, et enfin j'ajouterai surtout grâce à votre concours, l'expérience à bien réussi, trop bien réussi même, car je n'ai pu toujours satisfaire, comme je l'aurais voulu, votre désir bien légitime d'apprendre et de faire les opérations professées au cours.

Cette année, Messieurs, je me propose et vous propose donc, de renouveler l'expérience, en la faisant sur une plus grande échelle.

Utilisant le bon vouloir de mon excellent et vieil ami, le Pr Farabeuf, dont heureusement le laboratoire d'anatomie est contigu au mien, je pourrai disposer d'une place double et de trois tables nouvelles: ce qui nous en fera six.

Cette place et ces tables, mon collègue n'en a que faire pendant le semestre d'été et il me les cède pendant la durée de mon cours, pour poursuivre mon expérimentation, si fructueuse, je crois, pour la plupart d'entre vous; permettez-moi de l'en remercier bien vivement en mon *nom* et je puis dire aussi en votre nom.

Certes, la place est encore restreinte, le nombre des sujets bien limité. Mais, Messieurs, je fais ce que je puis et je demande donc encore cette année l'indulgence que vous m'avez accordée l'an dernier, alors que nous étions dans des conditions encore plus mauvaises.

Je vous ai dit que l'an dernier notre expérimentation réciproque avait pleinement réussi, et je vais essayer de vous le démontrer par les faits.

Malgré l'exiguité de mon laboratoire, malgré le petit nombre de sujets que j'ai pu mettre à votre disposition, — ce qui fait que j'ai eu toujours grand'peine à vous satisfaire —, j'ai pu, avec mes aides, vous faire répéter la plupart des opérations que j'ai professées dans mon cours. Ces opérations, au nombre de 25, ne sont pas enseignées, au moins ordinairement, aux élèves qui suivent les cours de l'Ecole pratique; tout au plus 4 ou 5 d'entre elles y sont-elles faites d'habitude. Elles portent pour la plupart soit sur le cou, soit sur le thorax, et parmi ces dernières quelques-unes sont familières aux médecins mêmes.

Les opérations pratiquées sur le *cou* sont : 1° les ligatures de la carotide primitive; 2° la ligature de la carotide externe; 3° la ligature de la linguale à son origine; 4° la ligature des veines jugulaires internes; 5° la suture des veines jugulaires internes; 6° le tubage de la glotte; 7° l'insufflation chez les nouveau-nés; 8° la laryngoscopie; 9° la laryngo-fissure ou thyrotomie; 10° la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne; 11° la pharyngotomie sous-hyoïdienne; 12° l'ablation totale du larynx; 13° l'ablation partielle du larynx; 14° l'opération de la fistule trachéale (procédé Berger); 15° la trachéotomie, procédés lent et rapide; 16° la trachéotomie au thermo-cautère; 17° la trachéotomie au galvanocautère; 18° le cathétérisme de l'œsophage; 19° l'œsophagotomie externe; 20° l'extirpation d'un lobe thyroïdien; 21° la dénudation du spinal, en avant du sterno-mastoïdien; 22° la dénudation du même nerf, en arrière du sterno-mastoïdien.

Les opérations faites sur le *thorax* sont : 23° la thoracotomie ou pleurotomie; 24° la résection d'une ou de plusieurs côtes; 25° la thoracoplastie, d'après les procédés d'Estlander, de Quénu, de Delagénière (du Mans).

Il est bien certain que la valeur de ces opérations n'est plus à discuter, et que nombre d'entre elles entrent dans la pratique habituelle des chirurgiens. Quelques-unes même, comme le tubage de la glotte, l'insufflation chez les nouveau-nés, la trachéotomie, le cathétérisme de l'œsophage, sont presque du ressort du médecin. D'autres, comme l'œsophagotomie externe, la résection costale, la pleurotomie, la thoracoplastie, sont du domaine médico-chirurgical et peuvent être indiquées d'urgence; les praticiens doivent donc les connaître, les avoir vu faire, et si possible les avoir pratiquées eux-mêmes.

Cette année, ayant choisi pour sujet du cours, les opérations qui se pratiquent sur l'abdomen, et en particulier celles qui se pratiquent sur l'estomac et l'intestin, je compte bien vous les faire répéter sur le cadavre, ainsi que je l'ai fait déjà l'an dernier pour les opérations du cou et du thorax. Mais, en outre, comme nous aurons certainement plus de place, et j'espère plus de sujets, je me propose de vous faire répéter aussi les principales opérations pratiquées sur le crâne, la face, le cou et la poitrine.

Je vous ferai remarquer que toutes ces opérations ont été déjà étudiées dans le cours théorique que j'ai professé jusqu'ici et qu'elles ont même été l'objet de publications spéciales.

Bien entendu, je n'ai pas la prétention de vous faire répéter tous les procédés utilisés par les chirurgiens; mais, parmi ces procédés, il est assez facile d'établir une sélection et de vous indiquer le procédé opératoire le plus usuel qu'on préconise soit en France, soit à l'étranger, au temps présent.

Permettez-moi, Messieurs, de vous faire remarquer que nous nous lançons encore ici dans l'expérimentation; que cette manière de procéder n'a jamais été suivie; que fatalement nous nous trouverons en face de difficultés à vaincre, difficultés dues surtout à l'absence ou plutôt à la pénurie de personnel enseignant officiel.

Eh bien, Messieurs, je fais appel encore, comme l'an dernier, à votre bon vouloir, à votre patience; cela nous a réussi une fois; il y a lieu de croire que nous réussirons encore mieux cette année, où nos moyens d'action sont un peu plus considérables.

Mais, je vous le répète, il faut que chacun de nous y mette du sien, et je compte bien ne pas être déçu dans mes espérances.

En fait, Messieurs, à côté d'un cours théorique assez complet et portant sur une partie toute spéciale de la chirurgie, je me propose de vous faire à l'amphithéâtre un cours pratique, où non seulement je vous ferai répéter les opérations délicates enseignées cette année dans mon cours théorique, mais encore les principales opérations qui ont été faites dans les années précédentes. et qui n'ont été répétées par vous sur le sujet que l'an dernier et dans mon petit laboratoire de la Faculté.

Est-ce à dire que nous obtiendrons, de suite, tout ce qu'on peut espérer de cette manière de procéder; je ne le crois pas, parce qu'il me faudrait être placé dans des conditions plus favorables. Mais, en faisant ce qu'on peut, on fait ce qu'on doit, et je compte bien faire ce que je pourrai.

J'espère que, de votre côté aussi, vous ferez le possible pour que l'expérience réussisse.

THÉRAPEUTIQUE

Idiotie myxœdémateuse (myxœdème infantile) : Traitement par l'ingestion de glande thyroïde du mouton ;

Par **BOURNEVILLE** (*suite*) (1).

Observation II.

Sommaire. — *Rien de particulier du côté du père. — Renseignements insuffisants sur sa famille. — Mère, nerveuse, migraineuse. — Grand'père, arrière grand'père et deux oncles maternels, nombreux excès de boisson. — Grand'tante maternelle morte d'un cancer du sein. — Deux oncles maternels, morts de tuberculose pulmonaire. — Cousine choréique.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans.

Rien d'anormal à la naissance. — Alimentation au lait de chèvre. — Accès de colère. — Retard de la dentition. — Persistance de ta fonlanelle antérieure. — Hernie ombilicale. — Sensibilité au froid. — Alopécie partielle. — Coloration cireuse de la peau, etc.

Description de la malade en juillet 1895 : *Elle présente tous les caractères de l'idiotie avec cachexie pachydermique : absence de glande thyroïde, nanisme, etc. — État de la malade à la fin de décembre* 1895.

Premier traitement par la médication thyroïdienne : 18 *janvier* 1896-31 *mai* ; — *Suspension* du 1er au 30 *juin. Reprise du* 1er *au* 31 *juillet . Amélioration très notable. — Suspension du* 1er *août au* 2 *octobre.*

Second traitement du 3 *octobre à ce jour : Amélioration considérable.*

Krœm..., (Allnc), née le 15 juillet 1891, à Paris, est entrée à la Fondation Vallée le 17 juillet 1895.

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère* les 23 juillet et 31 décembre 1895). — Père, 32 ans, de nationalité russe (Odessa), tailleur, cheveux noirs, *nez camus*, taille petite (1m55). On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents, ni accidents nerveux, ni syphilis, ni alcoolisme, ni fièvres intermittentes, etc. — On ne connaît aucune tare nerveuse dans sa famille, sur laquelle les renseignements sont un peu insuffisants.

Mère, 26 ans, couturière, *nez aquilin*, cheveux châtains, nerveuse, migraineuse, ni convulsions, ni fièvres intermittentes. Elle est originaire de Phalsbourg où, assure-t-elle, il n'y a pas de goitreux. — [*Famille de la mère. — Père*, nombreux *excès de boisson,* a quitté sa femme et est allé en Amérique où il est mort on ne sait de quoi. — *Mère*, 52 ans, sobre, nul accident nerveux. — *Grand-père paternel*, pas de renseignements. — *Grand'mère paternelle* morte à 76 ans, on ne sait de quoi ; elle avait toujours eu une bonne santé. — *Grand-père maternel,* fréquents *excès alcooliques*, mort étant ivre. — *Grand'mère maternelle* morte à 82 ans. — Deux *oncles paternels* étaient *buveurs,* trois autres sobres, sans accidents névropathiques. Il en était de même de deux de ses tantes ; une troisième est morte d'un *cancer du sein*. — Quatre *oncles* et trois *tantes maternels*, rien à signaler, ni chez leurs enfants. — Deux *frères* ont succombé à la *tuberculose pulmonaire.* — Quatre *sœurs* jouissent d'une bonne santé. — Ni aliénés, ni difformes, ni goitreux, etc., dans le reste de la famille, sauf une *cousine* atteinte de la *chorée.*]

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de six ans. Un seul enfant, la malade.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception.* — *Grossesse* bonne, ni syncopes, ni émotions, etc., etc. Elle buvait un demi-litre de café par jour (2). — *Accouchement* à terme, naturel, en deux heures ; présentation du sommet.

A la *naissance*, pas d'asphyxie, aspect naturel, plutôt grosse ; la peau n'était ni jaune ni bouffie ; la langue n'était pas épaissie. Au bout de quatre jours, elle fut envoyée en nourrice où elle a été élevée au biberon avec du *lait de chèvre*. Elle a toujours dormi beaucoup et n'a jamais eu de convulsions ni d'accès de cris. Première dent à 8 mois. Elle n'aurait eu aucune maladie, sauf deux bronchites légères jusqu'à deux ans. Quand sa mère l'a reprise (2 ans), elle n'était pas propre, ne parlait pas. Son ventre était fort, elle avait une petite *hernie ombilicale*. « La fontanelle, dit la mère, n'était pas fermée et ne l'est pas encore ». Kr.. était sujette à des *colères* qui persistent. La voix a toujours été criarde. Kr.. est très sensible au froid et aime qu'on l'approche du feu. La coloration jaune, cireuse, de la peau n'aurait paru qu'au mois de mars de cette année (?). On n'a pas remarqué de crasses du cuir chevelu. Kr.. est restée longtemps sans cheveux (1).

Dans sa famille, elle mangeait comme ses parents, de préférence des pommes de terre, mâchait très lentement, buvait près d'un litre de lait par jour, ne vomissait pas, était très constipée, mais n'a pas eu de chute du rectum.

L'*attention* est très difficile à fixer. L'enfant paraît affectueuse. Depuis son arrivée à Paris, elle aurait eu la rougeole. Pas de manifestations lymphatiques ni de vers.

État actuel. *(Juillet).* — L'enfant offre tous *les caractères classiques de l'idiotie myxœdémateuse.* — Tête brachycéphale. Front haut, bombé un peu plus à droite qu'à gauche ; bosses pariétales et région occipitale saillantes. Cuir chevelu épais,



Fig 35. — Kr... en juillet 1895.

recouvert d'une desquamation furfuracée ; cheveux un peu drus, implantés par touffes. *Alopécie partielle* au-dessus des bosses frontales et au niveau du vertex. La *fontanelle antérieure n'est pas fermée* et mesure 0,08 d'avant en arrière ; descend en avant jusqu'à la racine des cheveux ; 0,06 transversalement. Ce qui frappe immédiatement, quand on examine la face, c'est l'apparence bombée du front et le prognathisme. Au-dessus des arcades sourcilières, on trouve une dépression très accusée ; les sourcils sont fins, abondants dans leur moitié interne, beaucoup moins fournis dans leur moitié externe. *Paupières* gonflées, laissant apparaître à peine les globes oculaires ; l'écartement habituel est de moins d'un centimètre. Les *cils,* peu abondants aux paupières supérieures, le sont moins encore aux paupières inférieures qui sont le siège d'une légère irritation. Les conjonctives palpébrales sont décolorées, les sclérotiques blanches, les iris bleus, les pupilles égales, contractiles. Aucune lésion oculaire, aucun trouble fonctionnel. — *Nez camus,* narines elliptiques presque horizontales. — *Lèvres* saillantes, épaisses. *Bouche* habituellement *entr'ouverte* laissant apercevoir la pointe de la *langue*. Les joues sont grosses, épaisses, lipomateuses. Le menton, petit, paraît rejeté en arrière à cause de la saillie des lèvres. *Oreilles* pâles, cireuses, collées, bien ourlées, avec un lobule

(1) Voir le dernier numéro. — Un défaut de mise en train, lors du tirage du numéro précédent, a fait que, sur un certain nombre d'exemplaires, les *figures* relatives à la malade de l'Obs. I sont très mal venues. Notre imprimeur nous a promis que pareil accident ne se reproduirait plus. (B.).

(2) Depuis que ces renseignements ont été donnés, il est né un second enfant qui a remué dès le quatrième mois, tandis que la malade n'aurait remué qu'au cinquième mois. Celle-ci aurait eu des mouvements bien moins prononcés que la seconde, saine. — Cette dernière, âgée de 13 mois, n'a jamais eu de convulsions, a marché à 11 mois, prononce quelques mots, paraît intelligente mais n'a encore que quatre dents.

(1) La mère, revue le 31 décembre 1895, dit que les cheveux n'ont poussé que depuis son entrée à la Fondation (juillet 1895).

*

distinct. — Pas de coryza ni d'otorrhée. — La voûte palatine n'est pas profonde ; elle est large, ogivale. — *Langue* hypertrophiée *(Fig. 35)*.

Cou très court : *la palpation la plus minutieuse ne permet pas de sentir la plus petite trace de* GLANDE THYROIDE. Dans les creux sus-claviculaires, on découvre des masses graisseuses modérément développées.

Thorax court, large, bombé en avant ; régions pectorales développées, graisseuses. La partie interscapulaire du dos forme une convexité prononcée. Il ne semble pas y avoir de déviation de la colonne vertébrale cependant, au-dessus du sacrum, on trouve une véritable ensellure. — Le *ventre* est très gros, surtout dans la partie sus-ombilicale. Pointe de *hernie ombilicale*.

Membres supérieurs. Ils sont épais, cylindriques ; les doigts sont courts ainsi que les ongles qui cassent facilement. *Cyanose* des téguments des mains ; sous les aisselles graisse assez abondante.

Membres inférieurs. Cuisses grasses ainsi que les mollets. Il existe partout une *infiltration graisseuse* prononcée. Pas de cyanose des orteils.

Les *mensurations* comparatives des membres supérieurs et inférieurs n'ont décélé aucune différence. Les mouvements des membres supérieurs sont relativement vifs surtout quand l'enfant est en colère. L'enfant ne marche pas seule mais se traîne lourdement en s'appuyant aux meubles.

Organes génitaux. Mont de Vénus et grandes lèvres graisseux.

La *peau* a partout une coloration jaune cireuse, en particulier à la face. Nombreuses veinules visibles sur la face antérieure de la poitrine, entre les deux seins et jusqu'au rebord des fausses côtes.

Voici les *températures rectales* de Kr... durant les 10 premiers jours de son admission :

1er jour	36°,6	36°.5
2e —	36°,6	36°,4
3e —	36°,4	36°,6
4e —	36°,8	37°
5e —	37°	36°,8
6e —	36°,6	36°,8
7e —	36°,5	36°,4
8e —	36°,5	36°,6
9e —	36°,2	36°,6
10e —	36°,2	36°,1

Décembre. — Amélioration. Bon appétit, mange de tout, peu d'appétence pour la viande ; boit du vin et du lait, mais préfère ce dernier. Préhension lente, assez bonne. constipation très prononcée. Gâtisme. — Marche moins défectueuse. Kr... ne veut plus aller dans le chariot, marche avec la main ou une chaise, ne peut pas marcher seule. — Elle a moins d'accès de colère, est affectueuse, comprend quand on la gronde, reconnaît les personnes qui la soignent, les enfants qui l'avoisinent, chantonne, rit, est assez attentive, prononce une vingtaine de mots. —Sensibilité très vive au froid. — Les différents sens spéciaux semblent normaux.

1896. 18 *janvier*. — Traitement par la *glande thyroïde* du mouton : un *demi-lobe*.

19 *janvier*.— Dans la matinée Kr... est mal en train et vomit un peu après son déjeuner.

20 *janvier*. — Énervement, besoin de mouvement, sueurs assez abondantes.

21 *janvier*. — Aucun malaise. Gaieté expansive, tend la main, envoie des baisers, ne crie plus et ne se met plus en colère à la visite, comme elle le faisait auparavant. Les selles se régularisent.

27 *janvier*. — Énervement, refus de manger, plaintes, sueurs, tremblements.

29 *janvier*. — Insomnie. Inappétence, vomissements, soif vive.

1er *février*. — Les sueurs ont disparu. Kr... se gratte continuellement, son sommeil est toujours agité, elle se plaint, se tourne et retourne, ne veut pas rester couverte.

2 *février*. — L'enfant, qui paraît souffrir, pleure presque toute la journée et ne dort pas, ce qu'explique le lendemain, l'apparition d'un gonflement de la joue droite, dû à la poussée des dents.

6 *février*. — Kr... ne souffre plus, est gaie, est moins coléreuse, ne se fâche plus aussi facilement qu'autrefois, comprend mieux le jeu.

9 *février*. — Un demi-lobe tous les deux jours. Bon appétit. Sommeil calme. Teint plus clair. Amélioration sensible : toutefois la transformation est moins rapide et partant moins frappante que chez Borj..



Fig. 36. — Kr... en mai 1896.

24 *février*. — Kr... comprend ce qu'on lui dit, essaie de parler, imite ce qu'on fait devant elle, est gaie, n'éprouve aucun malaise, dort bien. La desquamation commence aux pieds et aux mains.

28 *février*. — Une enfant la fait tomber, ce qui occasionne une petite plaie au front. La douleur n'a pas été bien vive, car Kr... n'a pas pleuré.

29 *février*. — Aline est mal à son aise, de mauvaise humeur, vomit plusieurs fois, refuse de manger, boit beaucoup de lait. Au lit, elle se découvre sans cesse. T. R. 37°, 6, ce qui est un chiffre relativement élevé pour elle. — *Suspension de la glande*.

1er *mars*. — Aline n'a pas dormi, a été agitée. T. R. 37°,7 (chez elle, une température fébrile). Toute la figure, y compris les paupières, est gonflée. Elle montre qu'elle a mal aux dents et au front. Dans l'après-midi, elle est de meilleure humeur, demande à manger, s'amuse avec ses compagnes. — *Soir* : T. R. 37°, 4.

2 *mars*. — Nuit meilleure. L'enfant revient à ses anciennes habitudes. Le soir la T. R. est redescendue à 36°, 8. — Le traitement est repris le 6 mars.

17 *mars*. — Aucun malaise. Kr... est toujours gaie, mais dès qu'elle voit qu'on fait des caresses à Lucie B..., sa camarade, ou qu'on la prend sur ses genoux, elle pleure et entre dans des rages furieuses, car elle est très jalouse. Elle connaît ses petites camarades de l'infirmerie où elle couche.

31 *mars*. — Kr..., toujours capricieuse, devient moins jalouse. Elle apporte de la bonne volonté pour les *exercices de la parole*. Quant à la *marche*, elle préfère s'y essayer le long d'un lit ou à l'aide d'une chaise que d'aller dans son chariot : dès qu'elle le voit, elle se met en colère, devient toute bleue et on est amené à lui céder.

7-30 *avril*. — L'enfant est craintive, capricieuse, jalouse, gourmande. Il lui arrive quelquefois de gâter la nuit.

Mai. — Bien qu'elle ait de la répugnance pour les *exercices*

de la marche, on est parvenu à lui faire faire, seule, quelques pas. Elle continue à se mettre dans des colères violentes quand on veut la placer dans le chariot, se mord les mains, se cogne la tête, trépigne, pousse des cris épouvantables. Elle supporte bien le traitement. (*Fig.* 36).

Juin. — Kr... comprend bien tout ce qu'on lui dit, sait quand elle fait mal et pleure dans la crainte qu'on ne la gronde. Elle est très joueuse, taquine. Elle ne veut marcher qu'à l'aide de la main ou d'une chaise, va trop vite et tombe, ce qui l'effraie et la retarde. Appétit bon, pas de vomissements ni de diarrhée, sueurs assez abondantes, occasionnées peut-être plus par la température extérieure que par la médication qui a été suspendue le 31 mai (*Fig.* 37).

Juillet. — L'enfant exécute seule quelques pas. Le caractère est toujours irritable, volontaire. La médication a été reprise le 1er de ce mois et continuée jusqu'au 30.

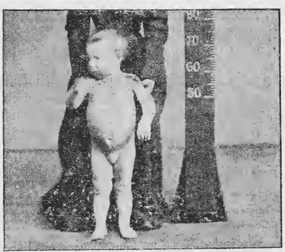


Fig 37. — Kr... en juin 1896.

1er *octobre.* — *Poids :* 12 k. 500 ; — *taille :* 0m 77. L'enfant a donc une tendance à l'obésité. Elle est devenue plus gâteuse, moins gaie, plus coléreuse, plus méchante, frappe ses camarades. Enfin elle n'a pas fait de progrès pour la marche. La température est redescendue entre 36° et 37°. Il y a donc une tendance vers le retour des symptômes myxœdémateux.

3 *octobre.* — On reprend le *traitement : un gramme* de *glande thyroïde.*

13 *octobre.* — Aucun malaise, ni sueur, ni tremblement. Selles régulières. Amaigrissement.

20 *octobre.* — Krœm..., qui n'acceptait le médicament qu'avec difficulté, le prend bien maintenant. Elle marche seule, mais encore par caprices : s'il y a des spectateurs, elle ne veut même pas se tenir debout. Dans le jour, elle est propre, demande le vase ; elle gâte encore la nuit.

31 *octobre.* — Elle marche de mieux en mieux ; on dirait une « poupée à ressorts » ; elle suit partout les personnes qui la soignent ; elle est de meilleure humeur, ne paraît ressentir aucun malaise, dort bien ; propre le jour, gâteuse la nuit.

Novembre. — L'amélioration s'accentue de jour en jour, sans qu'on note aucun symptôme particulier. Les fonctions digestives sont régulières, le sommeil est bon. Les accès de colère s'éloignent. Kr... parait contente de marcher seule, cherche à se faire comprendre, se montre affectueuse avec ses parents. Elle est joueuse, malicieuse, distingue bien ses camarades et les infirmières les unes des autres, s'efforce de parler. — Depuis le 10 novembre, elle prend tous les deux jours 1 gr. 25 de glande.

Décembre. — L'enfant est redevenue gâteuse. Elle se rend compte qu'elle a mal fait et essaie de faire disparaître ses excréments. On dirait qu'elle se laisse aller un peu par taquinerie (1). Les cheveux tombent, les ongles poussent naturellement. — Elle marche très bien, trotte sans cesse, grimpe partout, aussi est-on obligé de la surveiller très-attentivement. Son caractère est moins violent, plus affectueux et, par ses câlineries, elle essaie de faire oublier ses petits méfaits. — La *parole* s'est un peu développée. Toutefois, Kr... ne prononce encore distinctement qu'un petit nombre de mots : maman, papa, caca, dodo, pot-pot, bonbon, nez, dent, tiens, dos, en haut, en bas, à plus, feu, bas, pain, etc. En raison de ses colères, de la difficulté de maintenir assez longtemps son attention, les *exercices de prononciation* sont difficiles et relativement peu fructueux. — L'appétit est bon, la mastication normale. Kr.. se sert de la cuillère ; pas de vomissements ; selles régulières, sans diarrhée. — Kr... aime à être propre et dès que sa figure ou ses mains sont sales, elle vient vers les infirmières pour qu'on la nettoie. (*Fig.* 38).

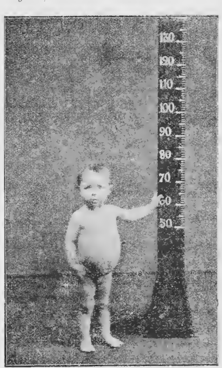


Fig. 38. — Kr.. en décembre 1896.

Les détails dont nous avons fait suivre la première observation nous autorisent à nous borner, au sujet de Kr.., aux points principaux.

Durant le *premier traitement* qui a porté sur 166 jours, elle a pris un demi-lobe de glande thyroïde pendant 77 jours, soit 37 gr. 04. L'amélioration due au traitement a été très notable à tous égards.

Pendant la *suspension* (1er août au 2 octobre) nous avons vu réapparaître une partie des symptômes myxœdémateux, toutefois à un degré moins prononcé que chez Bor...

Au cours du *second traitement*, du 2 octobre à la fin décembre ou 89 jours, Kr... a pris un gramme (19 jours), puis 1 gr. 25 de glande thyroïde (23 jours), soit 47 gr. 75 (1).

Les changements survenus dans le *poids* et la *taille* sont résumés dans le tableau ci-après :

Premier traitement.

Mois	*Dates*	*Poids*	*Taille*
Janvier	18	12 k. 500	0.690
—	26	10 k. 700	0.700

(1) Actuellement (22 janvier 1897) elle est propre durant le jour, mais il lui arrive souvent de gâter pendant la nuit.

(1) Nous avons fait de nouvelles pesées portant sur *dix lobes* de glande thyroïde, débarrassés de la graisse. Le poids a varié de 1 gr. 12 à 0 gr. 88 ; le poids moyen a été de 0 gr. 962.

Traitement interrompu du 29 janvier au 6 février à cause de l'élévation de la température à 38°. On ne donne ensuite qu'un demi-lobe tous les 2 jours.

Mois.	*Dates.*	*Poids.*	*Taille.*
Février	3	10 k. 500	0.700
	7	10 k. 900	0.700
	21	10 k. 800	0.710
	27	10 k. 800	0.725

Interruption du 29 février au 5 mars. Élévation de la température.

Mars	6	10 k. 800	0.725
	13	11 k. »	0.730
	27	10 k. 800	0.735
Avril	4	10 k. 600	0.740
	10	10 k. 900	0.740
	17	10 k. 800	0.750
	24	11 k. 200	0.750
Mai	2	10 k. 800	0.750
	8	10 k. 600	0.750
	15	10 k. 600	0.755
	22	11 k. »	0.755
	29	11 k. »	0.755

Suspension du traitement du 1er au 30 juin.

Juin	5	11 k. 100	0.760
	26	11 k. 600	0.770

Reprise du traitement (1er juillet).

Juillet	3	12 k. 100	0.770
	10	12 k. »	0.770
	17	11 k. 800	0.770
	24	11 k. 900	0.770
	31	11 k. 300	0.770

Durant la grande suspension.

Août	21	11 k. 400	0.770
Septembre	4	11 k. »	0.770
	19	12 k. 500	0.770
Octobre	1	12 k. 500	0.770

Durant le second traitement.

	9	12 k. 500	0.770
	16	12 k. 100	0.780
	23	11 k. 700	0.780
	31	11 k. 500	0.780
Novembre	6	11 k. 500	0.780
	13	11 k. 300	0.780
	20	11 k. 200	0.790
	27	11 k. 590	0.790
Décembre	4	11 k. 100	0.790
	11	11 k. »	0.790
	18	11 k. »	0.790
	20	11 k. 200	0.790

Le *poids* a offert des oscillations à peu près analogues à celles qui ont été observées dans le premier cas. — La *taille*, qui était de 69 centimètres avant le traitement, s'est élevée à 77 centimètres durant la première médication et de 77 cent. à 79 durant la seconde, total DIX CENTIMÈTRES. A l'état physiologique, la taille moyenne à 4 ans étant de 915 mm. (Quetelet), Kr... avait donc 225 mm. au-dessous de la moyenne. L'accroissement de la taille ayant été, en 1896, de *dix centimètres* et l'accroissement moyen normal étant, de 4 à 5 ans, de 5 centimètres 9, elle a donc grandi preque du *double* de la croissance naturelle.

La *tête* a participé au développement général, ainsi que cela ressort des mensurations comparatives du tableau ci-dessous :

MESURES DE LA TÊTE.	1895 Juill.	1896 Janv.	1896 Juill.	1897 Janv.
Circonférence horizontale maxima.....	47	47	48	48
Demi-circonféreuce bi-auriculaire.....	30	30	31	31
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez...........	32	32	32	35
Diamètre antéro-postérieur maximum	16.5	16.5	16.6	16.6
— bi-auriculaire.....	10.5	10.5	11	11
— bi-pariétal........	13	13	13.2	13.5
— bi-temporal......	11	11	11	11
Hauteur médiane du front.....	5	5	5	5

La *fontanelle antérieure* a subi des modifications intéressantes et tend vers une ossification complète :

	1895 Juillet	1896 Décembre
Diamètre antéro-postérieur.....	0.08	0.032
— transversal..........	0.06	0.028

Il n'y a plus que quelques traces de la *fontanelle postérieure*.

En raison des modifications très prononcées qui se sont produites du côté de la *dentition*, nous allons reproduire les notes prises à différentes époques par M. le Dr BOUVET, médecin-dentiste de l'hospice.

1895. *Octobre.* — *Maxillaire supérieur:* courbure alvéolaire assez large, très faible prognathisme. — *Dentition:* les quatre incisives supérieures ont leur couronne extrêmement rongée et semblent avoir présenté des traces de quelques érosions, bien qu'on n'en observe pas aux incisives inférieures. Les autres dents temporaires sont normales, les secondes molaires n'ont pas encore paru.

3 *novembre.* — Les incisives supérieures, entamées par l'érosion, continuent à s'effriter, au point de ne laisser qu'une légère saillie hors du bord alvéolaire. Les incisives inférieures viennent en conséquence mordre les gencives de la région antérieure, produisant un léger suintement hémorrhagique de la région.

27 *novembre.* — Les gencives ulcérées au commencement du mois sont aujourd'hui guéries.

1896. *Mars.* — L'état des gencives supérieures est très satisfaisant. Elles ne saignent plus et ont leur teinte et leur aspect normaux. L'évolution dentaire progresse manifestement, car les secondes molaires temporaires sont en voie d'évolution.

Juin. — Les gencives sont en parfait état. Depuis quelques mois, la dentition temporaire a fait de grands progrès dans son évolution. Les secondes molaires inférieures ont achevé leur éruption et les secondes molaires supérieures sont à demi sorties de la gencive.

Août. — La première molaire inférieure droite est en évolution.

Décembre. — L'état actuel de la bouche et des dents de Kra... se présente dans des conditions normales. *L'éruption des dents,* fort retardée, il y a quinze mois, *est aujourd'hui complètement achevée.* L'enfant présenterait son nombre régulier de dents, si une première molaire supérieure gauche, profondément cariée, n'avait dû être extraite antérieurement. La première molaire supérieure droite, symétrique de la dent enlevée, est aussi ravagée par la carie et quelques vestiges de sa couronne persistent seuls sur la gencive. — Les incisives supérieures sont les seules dents qui présentent une anomalie de structure. Marquées d'érosions à leur tiers inférieur, le bord inférieur de la couronne érodée s'est éliminé peu à peu prenant une forme concave semi-lunaire. Toutes les autres dents ont effectué normalement et dans des conditions de nutrition très suractivée, leur éruption depuis la première observation, la couronne des secondes molaires étant sortie jusqu'au niveau de son collet. — Les gencives sont très saines, rosées, et portent l'indice d'une circulation et d'une nutrition très régulières.

Relativement à la *voix*, voici le résumé des constatations faites par M. SUTTER. Le 17 juillet 1895, K... avait une étendue problable de quatre notes. Le 10 février 1896, elle avait une étendue de cinq notes, le 2 avril huit notes, et enfin le 14 janvier 1897, une étendue de neuf notes. Le timbre de la voix est sonore et assez fort. Kr... a donc deux notes de moins dans le haut que Bor... et une note de plus dans le grave. Elle aura un timbre de voix bien plus grave que Bor... et plus fort avec l'âge.

Enfin, l'*intelligence* s'est sensiblement développée à peu près sous tous les rapports. Le *caractère* de Kr... s'est amélioré, les accès de colère se sont éloignés. Son vocabulaire s'enrichit, quoique lentement. La marche s'exécute d'une manière normale et l'inertie a fait place au mouvement (1).

Vous avez vu, Messieurs, ces enfants il y a un an. Elles offraient à un degré très prononcé tous les symptômes du myxœdème infantile. Vous pouvez juger aujourd'hui et par l'observation directe et par l'examen de leurs photographies, prises plusieurs fois dans l'année, de la transformation opérée chez elles par la médication thyroïdienne.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de Pathologie interne. — M. le Pr Hutinel.

Samedi 6 mars, à trois heures, M. le Pr HUTINEL inaugurait son cours de pathologie interne dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine. De nombreux professeurs, agrégés de l'Ecole, médecins et chirurgiens des hôpitaux qui avaient tenu à venir applaudir à la première leçon de leur collègue, emplissaient l'hémicycle. Citons, parmi eux, les professeurs Laboulbène, Debove, Dieulafoy, MM. Déjerine, Delbet, Widal, R. Blanchard, Lannois, etc. Un grand nombre d'étudiants et de docteurs amis ou élèves de M. Hutinel se pressaient dans l'amphithéâtre comble.

Après quelques remercîments émus à la longue salve d'applaudissements qui l'accueille, M. le Pr Hutinel rend hommage à ses anciens maîtres, à ses prédécesseurs à la chaire qu'il occupe, parmi lesquels il range le regretté Hanot à qui revenait la place qu'il détient aujourd'hui. M. Hutinel, selon la coutume, consacre son premier cours à l'exposé de sa profession de foi en matière de pathologie. Il montre le progrès incessant des sciences médicales qui empruntent de jour en jour davantage aux sciences exactes. Prenant comme exemple la diphtérie, il suit les évolutions des doctrines médicales au sujet de cette maladie depuis Arétée, Home, Samuel Bard, Bretonneau, Trousseau, Virchow, Rokitansky jusqu'à Klebs, Löffler, Behring, Roux et Yersin. Chaque doctrine médicale a fait faire un pas à l'étude de la diphthérie. La bactériologie, qui a poussé si loin nos connaissances pathogéniques, a surtout donné ici de surprenants résultats. Doit-on prévoir le moment où la science microbienne dominera la médecine tout entière? M. Hutinel ne le croit pas. Il faut bien se garder de repousser l'aide si précieux que les autres sciences prêtent à la pathologie; l'on doit user de tous les moyens d'investigation, mais rien ne peut se substituer en médecine à l'observation clinique du malade et tout bon médecin doit avant tout être clinicien. Par clinicien, M. Hutinel est loin de désigner certains esprits routiniers, rebelles à tout progrès, bornant toutes leurs investigations à l'observation clinique; il appelle de ce nom celui qui, usant de tous les nouveaux procédés scientifiques, les soumet au contrôle de l'examen clinique qu'il place au premier rang, celui qui, en un mot, ne se borne pas à l'étude de la maladie, mais considère avant tout le malade. M. le Pr Hutinel a développé ce sage programme avec une réelle éloquence et sa leçon inaugurale a été fréquemment interrompue par les applaudissements enthousiastes des nombreux auditeurs qui paraissaient unanimement partager les opinions du nouveau professeur.

(1) Le traitement a été suspendu le 31 janvier. A cette date : *taille*, 0 m. 80; — *poids*, 11 kil. 700.

Conférence d'Anatomie. — M. le Dr Thiéry.

Le lundi 8 mars, à trois heures, M. THIÉRY a commencé ses conférences, dont le cadre comprendra l'anatomie des régions de la tête, du cou et des membres supérieurs. Il y ajoutera si le temps le permet le canal inguinal, le canal crural et le canal ombilical. Il indique d'abord spirituellement le caractère et la méthode de son enseignement, qu'il veut rendre avant tout pratique non seulement dans le fonds, mais même dans la forme et dans la division. Il sera profitable au praticien et à l'étudiant et conforme à la situation particulière du public d'été, que les attractions extérieures rendent quelque peu « vague et flottant » et que la chaleur des amphithéâtres risque de plonger dans quelque somnolence. Aussi, profitant de ce que le mot conférence implique que le maître ne doit pas parler seul, M. Thiéry posera chemin faisant des questions auxquelles des auditeurs de bonne volonté, « la violette qui se cache parmi l'assemblée », répondront en passant. Dans chaque séance sera traité *un sujet complet*; ainsi l'auditeur d'un jour possédera une question entière et l'élève assidu empêché une fois ou deux n'aura qu'une lacune nette et facile à combler, ce qui ne compromettra pas l'enchaînement de son travail et ne découragera pas sa persévérance. Chaque leçon donnera exactement la solution d'un certain nombre de *questions d'examen*; de plus, les découvertes et applications opératoires y seront régulièrement pratiquées sur le cadavre, tant en vue des examens que pour permettre au confrère de passage d'emporter au moins une utile réminiscence. Cela posé, M. Thiéry commence par la région temporale qu'il divise en région, loge et fosse. Il consacre la leçon du jour à la fosse temporale, dont il établit clairement et complètement les limites, la constitution osseuse et les rapports profonds avec les vaisseaux méningés, les méninges et le cerveau. Il tient ses promesses : il donne ingénieusement toutes les applications médico-chirurgicales, prodigue tous les détails utiles avec un enjouement tout personnel et avec un sens pratique qui évoque le souvenir de son maître, le Pr Tillaux. Il a traité un sujet complet aux longs applaudissements d'un nombreux auditoire. F. B.

Conférence de Pathologie externe. — M. le Dr Delbet.

M. DELBET a ouvert son cours le jeudi 4 mars à 5 heures. Dans un court préambule, il a déclaré que, s'adressant à un auditoire composé d'étudiants, futurs praticiens, il s'attachera à donner à son enseignement un caractère essentiellement pratique, laissant les théories au second plan. Il traitera des *affections chirurgicales de la tête et de la colonne vertébrale*.

Après avoir brièvement exposé le plan suivant lequel il étudiera les matières du programme, le professeur aborde son sujet par l'étude des traumatismes de la tête; il consacre cette première leçon aux affections traumatiques des

parties molles (plaies et contusions). Les complications encéphaliques qui leur sont si souvent associées seront étudiées ultérieurement avec détails. Rien de bien particulier à signaler dans l'exposé de ces questions. Disons seulement que M. Delbet sait rendre intéressants les sujets les plus arides, grâce à sa parole souple et facile, souvent pleine d'esprit et de verve. L'étude des contusions nécessite une classification, que M. Delbet base sur le siège de l'épanchement, suivant que ce dernier est sous-cutané, sous-aponévrotique ou sous-périostique. Il signale aussi les caractères de l'épanchement de sérosité qui diffère de l'épanchement sanguin par l'absence du bourrelet dur et par la lenteur avec laquelle il se résorbe. A propos des plaies contuses du cuir chevelu et des hémorrhagies abondantes qu'elles déterminent, M. Delbet fait le procès des agents hémostatiques si en honneur dans le vulgaire. La compression suffit d'ordinaire. On peut au besoin pincer les artérioles qui saignent. En dernière ressource, on peut être amené à lier la carotide externe ; quant à la ligature de la carotide primitive, elle doit être absolument rejetée. Comme on le voit, le cours de M. Delbet profitera beaucoup aux étudiants, désireux d'acquérir de solides connaissances de pratique chirurgicale.

Cours de Pathologie externe. — M. le Dr Tuffier.

L'ouverture du cours a eu lieu le vendredi 5 mars à 5 heures, devant un nombreux auditoire. Le petit amphithéâtre de la Faculté était trop étroit pour contenir les nombreux étudiants désireux d'y assister.

M. Tuffier a consacré la première séance de son cours à l'étude des *fractures de côtes*, « question banale » dit-il, s'adressant à ses auditeurs, « très ennuyeuse pour vous, peu amusante pour moi, mais très utile à connaître à cause de la fréquence de cet accident ». Après avoir exposé d'une façon très claire l'anatomie pathologique et le mécanisme des fractures des côtes. M. Tuffier est passé à leur étude clinique. Les complications que l'on observe, blessures de l'artère intercostale, blessures du poumon, s'expliquent par la tendance qu'ont les fragments à pénétrer en dedans. Toute l'anatomie pathologique gravite autour de ce fait.

Pour expliquer l'existence d'emphysème sous-cutané *sans pneumothorax*, dont le mécanisme a été si longtemps controversé, M. Tuffier admet qu'une petite quantité d'air s'échappe du poumon à la faveur d'une érosion superficielle de cet organe ; puis le poumon comprimé par cet air épanché dans la plèvre se rétracte, oblitérant le petit orifice; l'air ainsi épanché reste peu de temps dans la plèvre et passe bien vite dans le tissu cellulaire sous-cutané pour constituer l'emphysème.

A propos du diagnostic, le professeur a montré qu'il peut être difficile de reconnaître une fracture succédant à un choc direct. L'existence d'une douleur localisée ne suffit pas dans ces cas, puisqu'elle peut être le fait de la contusion elle-même. Pour affirmer qu'il y a fracture, il faut faire la recherche de la douleur *à distance*, c'est-à-dire en comprimant les deux extrémités de la côte intéressée.

Le *traitement* dans les cas ordinaires se borne à appliquer un bandage de corps. Encore faut-il l'appliquer assez haut, quand même la fracture siègerait en bas, pour ne pas gêner l'expansion du thorax. Tout cela est exposé d'une façon claire, méthodique, de façon à s'imposer à l'esprit, sans lui demander le moindre effort.

Conférence de Gynécologie à l'Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Doléris.

M. le Dr Doléris a inauguré mardi matin à 10 heures, à l'hôpital de la Pitié, ses conférences cliniques de gynécologie. Après l'examen et l'observation des malades intéressantes du service durant la visite, M. Doléris a exposé dans une courte leçon les règles qui président à l'examen au spéculum et les avantages de l'abaissement de l'utérus toutes les fois qu'on doit pratiquer sur cet organe une opération ou une manœuvre délicates. Il insiste sur l'innocuité de cet abaissement qui permet au gynécologue d'opérer avec plus de facilité et de sûreté et de redresser l'utérus s'il est atteint d'une flexion ou d'une version quelconque. Le cours de M. Doléris, essentiellement pratique, rendra les plus grands services aux élèves soucieux de connaître avant d'exercer les principes de la gynécologie.

Cours de Thérapeutique. — M. le Dr Gilbert.

Samedi 6 mars, à 6 heures du soir, M. Gilbert a commencé son cours de *Thérapeutique*. Le professeur traitera cette année des *Médicaments* et des *Régimes alimentaires*. Mais avant d'aborder son sujet, M. Gilbert désire consacrer ses deux premières leçons à exposer à ses élèves l'*Art de formuler*, mot un peu prétentieux; mieux vaudrait dire : la façon de rédiger une ordonnance. La thérapeutique a recours à des agents multiples, les uns psychiques (hypnotisme, suggestion), les autres physiques (hydrothérapie, électrothérapie, massage), les autres chimiques. D'ordinaire il suffit d'énoncer verbalement au malade les indications concernant son hygiène, ses exercices. Il est bon de consigner sur l'ordonnance les prescriptions d'hygiène alimentaire, ainsi que les observations concernant l'usage des douches, des bains, de l'électricité.

Les prescriptions médicamenteuses doivent être indiquées avec détails sur l'ordonnance. Les médicaments se divisent en industriels (spécialités), officinaux (préparés d'après le Codex) et magistraux. Ce sont ces derniers dont le médecin indique la formule. L'ordonnance se compose de trois parties : l'inscription, la souscription, à l'adresse du pharmacien, et la prescription ; cette dernière, à l'adresse du malade, doit lui indiquer la façon de prendre le médicament. A ce propos, l'auteur donne quelques notions de posologie et indique le contenu des différentes cuillers, cuiller à café, à dessert, cuiller à soupe, dite on ne sait pourquoi cuiller à bouche.

Puis le professeur résume les éléments dont se compose une formule : la base, l'excipient, le dissolvant, le correctif, l'adjuvant. L'exposé de tous ces détails est forcément aride ; mais leur connaissance est indipensable au praticien et lui évitera des erreurs souvent fatales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er Mars 1897.

Sur le mécanisme histologique de la cicatrisation et sur des fibres nouvelles « fibres synoptiques ».

M. Ranvier a continué ses belles recherches sur la cicatrisation et apporte des faits nouveaux du plus haut intérêt.

Si l'on injecte dans la cavité péritonéale d'un rat ou d'un cobaye une solution de nitrate d'argent à 1 p. 300, et qu'on examine 24 ou 48 heures après le grand épiploon, on trouve des filaments de fibrine simples ou anastomosés qui s'attachent aux travées du réseau épiploïque; puis, les cellules épithéliales s'hypertrophient, changent de forme et émettent des prolongements protoplasmiques d'une très grande longueur et fort complexes, qui s'accolent

aux filaments de fibrine. Les fibres ainsi formées ont la propriété de revenir sur elles-mêmes, de se rétracter : ce sont des *fibres synoptiques*. On trouve ces fibres dans les plaies faites au pavillon de l'oreille du lapin et du rat, quand on examine les coupes deux ou trois jours après la lésion. Mais c'est surtout dans les plaies faites à la plante du pied du cochon d'Inde que l'on peut le mieux observer ces fibres. Ces fibres s'insèrent très solidement aux faisceaux conjonctifs qui ont été sectionnés. On en voit quelques-unes qui sont fixées sur des cellules conjonctives qui envoient de nombreux prolongements se confondant avec les fibres. Bien plus, les fibres synoptiques peuvent, en se rétractant, entraîner ces cellules, les étirer d'abord, puis les détacher et les transporter finalement plus ou moins loin de leur siège primitif. On trouve aussi dans le réticulum des fibres synoptiques, de nombreux leucocytes qui viennent compléter l'œuvre de la circulation proprement dite. En résumé, trois éléments organiques semblent concourir à la formation des fibres synoptiques : la fibrine, les cellules conjonctives ou endothéliales et les cellules lymphatiques. Ainsi la fibrine, dont jusqu'à présent on ne pouvait pas saisir le rôle physiologique, serait un des facteurs importants de l'édification des tissus et surtout de leur régénération.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 *mars* 1897. — Présidence de M. Dupuy.

M. Ch. Féré présente un coq auquel il a fait, l'an dernier, des *greffes blastodermiques* au niveau desquelles se sont développés des tératomes. Aucune des tumeurs ne s'est résorbée. Plusieurs après s'être développées ont vu disparaître la partie liquide et sont aujourd'hui dures comme des balles métalliques sous-cutanées.

MM. Abelous et Biarnès (de Toulouse) ont trouvé sur la langouste, comme sur l'écrevisse, un ferment soluble oxydant qui bleuit la teinture de gaïac et colore le réactif de Spitzer et Röhmann. L'*oxydose des Crustacés* est cependant plus abondant sur l'écrevisse.

M. P. Mégnin présente un *acarien* de 5 millimètres de long, nommé à l'île Maurice *Tonille canard* et qui réside sous les pattes de ces palmipèdes. Il est également dangereux pour l'homme ; par l'ingestion, il aurait déterminé un œdème grave de la langue et du pharynx surtout chez l'enfant. C'est l'*Olothymus coccinella*.

MM. Veillen et Zuber ont recherché dans les *abcès fétides* (appendicites, otites, abcès périnasaux, mastoïdites, suppurations pelviennes et bartholinites), des microbes strictement anaérobies dont la présence s'accompagne toujours de fétidité. D'autre part, les gangrènes et particulièrement la gangrène pulmonaire sont toujours liées à la présence d'un microbe anaérobie.

M. Achard a étudié expérimentalement la propriété agglutinante du *sérum du sang des nouveau-nés*, dont les mères étaient en possession de cette propriété. Le placenta n'oppose qu'une barrière imparfaite même quand il est sain et peut empêcher le passage des germes. Il s'agit de cas expérimentaux où les inoculations aux mères furent répétées, et il semble que le placenta agisse comme barrière d'autant moins efficace que les inoculations furent plus intenses.

MM. Lapicque et Carrion discutent sur les *dosages du fer*.

MM. Guinard a fait un *examen histologique d'une tumeur du sein*, et a trouvé deux variétés dans la même tumeur, un *carcinome glandulaire* et un *carcinome malpighien* et qui viendrait à l'encontre de la théorie de spécificité cellulaire des tumeurs ; du reste, il y aurait eu chez elle une double poussée ; cette malade portait depuis l'âge de quinze ans une tumeur, mais c'est à 53 ans qu'elle a vu celle-ci se développer et nécessiter l'ablation. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 *mars*. — Présidence de M. Caventou.

La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin.

M. Dieulafoy fait sur cette affection, dont les premières observations ont été rapportées en 1873 par M. Laboulbène, une importante communication dont voici les conclusions : 1° Il y a une lithiase intestinale, comme il y a une lithiase biliaire et une lithiase urinaire ; 2° la lithiase intestinale peut être formée de sable, de graviers et même de calculs ; 3° ce sable, ces graviers, ces calculs, sont composés de matière organique stercorale et de matière inorganique, dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante. Matières organique et inorganique sont associées en proportion variable ; 4° la lithiase intestinale est très souvent accompagnée d'entéro-colite muco membraneuse ; 5° au point de vue de sa pathogénie, la lithiase intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse ; il y a une gravelle intestinale diathésique, au même titre qu'une gravelle urinaire et biliaire. Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse, que certains cas de lithiase urinaire ou biliaire ; 6° la lithiase intestinale peut ne révéler sa présence que par quelques symptômes légers ; mais le plus souvent elle donne lieu à des crises abdominales fort douloureuses, que je propose d'appeler coliques intestinales lithiasiques, crises douloureuses dont la durée et l'intensité sont variables ; 7° ces coliques intestinales lithiasiques sont suivies de l'émission de sable, de gravier, de débâcles sableuses, avec ou sans matières glaireuses et membraneuses ; 8° les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite ; le diagnostic avec l'appendicite présente un intérêt de premier ordre.

Sur 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais traités par la staphylorraphie, l'uranostaphylorraphie et l'opération du bec-de-lièvre.

Cette communication de M. Le Dentu constitue un document de premier ordre pour la thérapeutique opératoire des malformations palatines. Il est malheureusement impossible de la résumer, en raison de son caractère technique. M. Le Dentu fait presque toujours l'opération, avivement, taille des lambeaux et suture en une seule séance. Grâce aux perfectionnements apportés dans ces dernières années au manuel opératoire de l'uranostaphylorraphie, on a le droit de se considérer comme presque sûr du succès, surtout lorsqu'il s'agit de fissures congénitales. Celles-ci sont rarement trop vastes pour être traitées chirurgicalement. Le plus ordinairement on trouve, sur les deux côtés de la brèche, l'étoffe suffisante pour la taille des lambeaux.

La prothèse du nez.

M. Berger présente une charpente métallique fabriquée par M. le Dr Goldenstein et qui constitue après les autoplasties nasales un support mieux toléré que celui de M. Martin (de Lyon). M Debove appuie les critiques faites à ce dernier appareil. M. Péan insiste sur les avantages qu'offre la méthode indienne. Il remarque que la prothèse ne rend de réels services que dans la restauration des os, quand on a conservé le périoste ; elle permet de maintenir les os en place. Les pièces doivent être minces, fenêtrées, pour que les parties externes se greffent avec les parties profondes par les fenêtres.

Ablation d'un fibro-sarcome remplissant le bassin.

M. Péan présente une malade à laquelle il a enlevé par la voie pubio-périnéo-vagino-sacrée, et par le procédé du morcellement, un *fibro-sarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin* Cette opération aurait été absolument impossible sans le pincement préventif et temporaire des vaisseaux.

M. Péan présente un autre fait presque extraordinaire

de restauration du périnée, du vagin, de l'urèthre et du rectum par l'autoplastie. Il présente de plus une radiographie du crâne ayant mis en évidence et permis d'extraire une balle de revolver dans le rocher.

Intoxication aiguë accidentelle par les vapeurs nitreuses résultant de l'échauffement spontané d'un engrais artificiel composé de nitrate de soude, de lignite pyriteux, et de déchets de laine gras.

M. Manouvriez (de Valenciennes) rapporte quatre cas de cette intoxication dont deux mortels. La gastro-entérite fut le phénomène prédominant. Il montre l'importance réelle de ce danger au point de vue hygiénique.

Grossesse extra-utérine ; fœtus retenu trois mois. Ablation totale du kyste fœtal ; hystérectomie abdominale, guérison.

A propos de ce cas suivi de succès, M. Routier met néanmoins en garde les chirurgiens contre les difficultés de l'extirpation totale de ces kystes fœtaux : quand on attaque une grossesse ectopique de plus de cinq mois, il est bon de se contenter de l'ouverture du kyste, de l'ablation du fœtus et du drainage de la poche, comme l'a conseillé M. Pinard, en laissant surtout le placenta en place si l'enfant est encore vivant.

De l'épingle de sûreté pour remplacer la ligature du cordon.

M. Porak lit un rapport sur un travail de M. Barallier (de Jeugny), tendant à remplacer la ligature du cordon ombilical par l'épingle de sûreté. Ce procédé peut, dans un cas pressé, rendre quelquefois service.

Élection d'un membre correspondant étranger.

Voici l'ordre de classement : 1re ligne : M. Emilio Coni (de Buenos-Ayres) ; 2e ligne : M. Petrini (de Galatz) : troisième ligne : M. Benedikt (de Vienne) ; quatrième ligne : M. Janssen (de Bruxelles). A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mars 1897. — Présidence de M. Debove.

Réaction agglutinative obtenue avec le sérum du sang d'un nouveau-né.

M. Mossé a obtenu la réaction agglutinative chez une femme atteinte de fièvre typhoïde peu intense au sixième mois de la gestation. Au moment de la naissance, avec du sérum provenant du lait, du sang du placenta et du sang de l'enfant nouveau, il a obtenu non seulement la réaction agglutinative mais l'arrêt de cultures de bacilles typhiques en voie de développement et l'empêchement de la végétation de ces bacilles dans des tubes ensemencés. Le placenta, histologiquement, était normal.

Lymphadénomes avec masses lipomateuses.

M. Hayem présente un malade porteur de masses lipomateuses énormes dans la région sous-maxillaire, au cou, dans les creux sous-claviculaires, aux aisselles, aux aines, dans la région dorsale. Les masses sub-maxillaires et cervicales sont si volumineuses, que la tête du malade affecte la forme de poire. Au niveau de l'aisselle droite, la peau a subi une transformation éléphantiasique. Les masses lipomateuses entourent des ganglions lymphatiques nettement engorgés. Le foie, la rate, le cœur sont indemnes; la respiration est bronchique et parfois le malade a de la dyspnée. Ce phénomène paraît être la conséquence d'une compression de la trachée et des bronches par une masse siégeant dans le médiastin antérieur, masse que la percussion permet de limiter. Le développement de cette affection paraît consécutive à une infection ourlienne. L'examen du sang décèle une augmentation nette des globules rouges et une très légère des globules blancs. L'urée et les chlorures sont en faible quantité dans les urines. M. Hayem fut fort embarrassé pour faire le diagnostic, il pense qu'il se trouve en présence d'un lymphadénome. Les traitements les plus variés appliqués au malade ne donnèrent aucun résultat. La médication thyroïdienne, au moyen de poudre du corps thyroïde en capsules, préparée par M. Yvon, a notablement amélioré le malade. M. Hayem continuera donc cette médication en l'alternant avec la médication arsénicale.

Pancréas et oreillons.

M. Legendre lit une courte communication de M. Coche, médecin aide-major, qui dans une épidémie d'oreillons a noté la fréquence de douleurs épigastriques. M. Coche se demande si ces douleurs, très nettement localisées, ne proviennent pas de troubles infectieux siégeant dans le pancréas.

Talalgie blennorrhagique.

M. Jacquet présente des malades atteints de talalgie blennorrhagique avec déformation talonnière due à une calcanéite ossifiante, comme le démontre une pièce anatomique qu'il a pu se procurer. Les malades présentés ont été notablement améliorés par le massage et les bains térébenthinés.

Erythème infectieux compliquant une colite mucoso-membraneuse. Guérison.

M. Gaillard. — Observée chez un garçon de 5 ans, la colite dont il s'agit ici n'a pas eu l'allure chronique, qui lui est habituelle chez l'adulte. Elle n'avait duré que dix jours, était demeurée apyrétique et décroissait visiblement, lorsque survint, au lieu de la convalescence présumée, une aggravation soudaine : accès de fièvre, érythème papuleux, localisé d'abord à la face, au pli des coudes et au dos des poignets, puis généralisé, diffus dans les régions primitivement atteintes, ainsi qu'au cou, aux aisselles, aux fesses, aux jambes, morbilliforme sur le thorax, le dos, l'abdomen. Cet érythème s'accompagna d'une fièvre vive (40°), qui nécessita l'usage des bains froids, tandis que le calomel était administré à titre d'antiseptique intestinal et que le colon était irrigué à l'aide d'une solution boriquée. L'éruption pâlit le cinquième jour et disparut complètement le neuvième jour. La desquamation commença à la face; s'effectuant par grands lambeaux au niveau des extrémités, elle était terminée à la fin du quatrième septénaire. L'albuminurie n'a été constatée qu'un seul jour (le deuxième). Pas d'engorgement ganglionnaire, pas de complication viscérale. Guérison complète. L'examen des mucosités intestinales n'a montré que du coli-bacille. C'est donc à l'infection coli-bacillaire qu'il faut attribuer cet érythème, absolument semblable aux érythèmes observés par l'auteur dans la fièvre typhoïde et le choléra. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Extirpation du rectum.

M. Quénu présente des dessins ayant trait aux différents temps opératoires de l'extirpation du rectum avec résection de la prostate dans les cas de cancer du rectum.

Chirurgie du goitre exophtalmique.

M. Schwartz a opéré une dame atteinte de goitre exophtalmique (hemithyroïdectomie). Après l'opération, exacerbation des symptômes. Bromure de potassium à haute dose. Il n'y avait certes aucun phénomène de compression, et cependant l'ablation fit disparaître la triade symptomatique que l'on a désignée sous le nom de maladie de Basedow.

M. Tuffier présente deux malades opérées de goitre, l'une datant de deux ans, l'autre de un mois et conservant des symptômes de maladie de Basedow.

M. Poncet. — Beaucoup d'accidents qui accompagnent l'intervention chirurgicale sont dus à la thyroïdisation rapide. C'est pourquoi j'ai préconisé l'exothyropexie ; mais un cas de mort dans un cas simple m'a paru montrer qu'il s'agissait là d'une intoxication d'origine thyroïdienne, et, dans ces cas, la mort peut arriver dans les premières heures. Plusieurs faits semblables ont été publiés qui ont donné des phénomènes analogues. La section double du grand sympathique des deux côtés a donné à Jaboulay et Jonnesco des résultats à considérer; chez aucun de leurs malades, il n'y a eu de récidive des phénomènes

de Basedowisme, non plus que d'accidents d'intoxication thyroïdienne.

Cholestéatome de l'oreille moyenne.

M. BROCA fait un rapport sur un travail de M. BRACQUEHAYE. Il s'agit d'un malade chez lequel on fit une incision superficielle, puis une trépanation incomplète de la mastoïde à la suite de laquelle persista une fistule. Ce ne fut qu'après la trépanation complète avec ouverture et évidement de la caisse que le malade guérit. L'audition n'est pas revenue; mais les douleurs ont disparu.

Rétrécissements du rectum.

M. GÉRARD-MARCHANT fait un rapport sur un travail de M. VERCHÈRE. Les observations qui servent à la première partie du travail sont des faits d'ulcérations secondaires, d'épaississement des parois du rectum qui, sans troubles fonctionnels, restent ignorés des malades, que l'on ne trouve que lorsqu'on les cherche de parti pris; ils peuvent devenir l'origine de rétrécissements qui passent pour des rétrécissements d'emblée, par ce fait que l'on n'a aucune notion de l'ulcération prémonitoire. Dans la seconde partie de son travail M. Verchère a décrit les moulages des malades dont il rapporte les observations. Ce sont des malades chez lesquelles le condylome anal de Gosselin indique l'existence du rétrécissement et dont l'anus est tout entier transformé en une masse scléreuse.

Fistule vésico-vaginale.

M. ROUTIER trouve dans le procédé de M. Berger un temps qui lui semble dangereux ; c'est la confection d'une collerette que l'on fait saillir dans la vessie, et il ne pense pas qu'il doive être conservé, par suite de la crainte que l'on doit ressentir de voir survenir des calculs. La perte de substance et les brides cicatricielles sont le grand écueil à la cure des fistules vésico-vaginales; il n'a pas employé la dilatation de Bozeman, et, cependant, dans le cas où il a eu affaire à des fistules vésico-vaginales, il est parvenu à les oblitérer. Il continue à employer le fil d'argent.

M. LEJARS présente un malade atteint de *lipôme périnéo-scrotal.* M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 mars 1897. — PRÉSIDENCE DE M. JOSIAS.

Cirrhose hypertrophique alcoolique traitée avec succès par l'hippurate de chaux.

M. POULET (de Planches-les-Mines) communique une observation de cirrhose hypertrophique qui fut traitée par un sirop à l'hippurate de chaux donné à dose de 3 grammes de substance active par jour; des granules de sulfate de strychnine et un emplâtre stibié complétèrent le traitement. Le malade qui ne pouvait supporter le régime lacté prenait des aliments quelconques. Il ne tarda pas à s'améliorer. M. Poulet est convaincu que l'hippurate de chaux n'agit pas par l'acide hippurique, mais par la chaux qu'il contient, qui facilite la peptonisation des aliments et a une action sur le foie qu'il est difficile d'expliquer.

Dangers de certaines pilules à l'extrait de noix vomique.

M. Léon DUCHESNE fait part à la Société d'accidents toxiques constatés chez un de ses clients qui avait absorbé des pilules spécialisées à base d'extrait de noix vomique. Ce fait démontre la nécessité d'exiger sur les enveloppes des spécialités pharmaceutiques la formule des substances toxiques qu'elles contiennent.

Tubage dans la diphtérie chez les enfants morbilleux.

M. SEVESTRE est d'avis que le tubage n'est pas contre-indiqué dans la diphtérie chez les enfants atteints de rougeole. Il pense que M. Josias, qui trouvait que la trachéotomie était seule indiquée lorsque le croup coïncidait avec la rougeole et que le tubage était dangereux, a été trop exclusif.

M. JOSIAS répond que, s'il préfère dans le croup des rougeoleux la trachéotomie au tubage, c'est qu'il a eu des insuccès par le tubage et que son observation concorde avec les résultats obtenus par M. Netter.

Accidents causés par l'antipyrine.

M. LYON signale un cas d'empoisonnement par l'antipyrine, survenu à deux reprises différentes avec de faibles doses de 2 grammes d'abord et 1 gramme ensuite. La malade fut atteinte chaque fois de dermatite et de stomatite pemphigoïdes. M. Lyon constata chez la malade de l'albuminurie; il est convaincu que l'insuffisance rénale est cause de ces accidents.

M. BLONDEL se souvient d'un cas analogue observé par M. Morel Lavallée et lui, où l'éruption dans la bouche affectait l'aspect de plaques muqueuses à s'y méprendre.

M. DESESQUELLE signale un cas analogue d'accidents cutanés, dûs à l'antipyrine chez un malade arthritique sujet aux éruptions ortiées, provoquées par les conserves, les coquillages et autres aliments toxiques.

M. DUHOURCAU et M. DALCHÉ croient que l'on ne doit pas toujours attribuer à l'insuffisance rénale les accidents de l'antipyrine.

M. POUCHET est étonné de ne pas voir noter parmi les accidents dûs à l'antipyrine les troubles cardiaques et la cyanose. Ces accidents qu'il a pu constater chez quelques malades sont autrement importants que les éruptions cutanées.

M. JOSIAS n'a jamais obervé ces accidents cardiaques qui doivent être relativement rares.

M. BARDET, au nom de M. GOLDSCHMIDT (de Strasbourg), lit une observation ayant trait à des accidents graves survenus à la suite d'administration d'antipyrine à faible dose. La malade a été atteinte de gonflements douloureux avec phlyctènes aux pieds, aux mains et à la vulve. Les urines de la malade ne contenait pas trace d'albumine. J. NOIR.

BIBLIOGRAPHIE

Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie : Emile Zola; par Edouard TOULOUSE — Paris, in-12, 1896, Société d'éditions scientifiques.

Le talent ou le génie sont-ils fonction d'une névropathie ou d'une psychopathie, comme l'ont prétendu bien des savants et comme l'affirmait plus récemment M. Lombroso, en proclamant que le génie c'est de l'épilepsie, pas davantage? Ce ne serait point consolant pour ceux qui se sentent d'une intelligence au-dessus de la moyenne; ce serait attristant pour les philosophes qui suivent la marche de l'esprit humain de découvertes en découvertes.

Mais enfin rien de tout cela n'est prouvé, s'est dit M. Toulouse; les grands hommes nous apparaissent actuellement plutôt comme des fantômes géants taillés dans le bronze, et leur existence, que nous ne connaissons qu'après leur mort, doit être tissée de légendes à l'instar de l'histoire du passé. Le mieux est donc de les disséquer de leur vivant.

Et c'est de cette idée qu'est née l'enquête médico-psychologique en question. C'est pour cela que M. Toulouse a demandé aux personnages, jouissant de la notoriété littéraire et artistique, de bien vouloir se laisser examiner et de lui permettre de publier leurs observations.

Il débute par un coup de maître sensationnel, car le premier document de l'enquête ne repose rien moins que sur M. Zola. C'est pourquoi les journaux de tous ordres ont déjà retenti des échos de cette analyse.

Puisque l'enquête médico-psychologique est assurée désormais de ne pas rester dans l'ombre, nous voilà plus à l'aise pour en apprécier les avantages et les inconvénients. Sans doute, si l'observateur et le patient sont foncièrement d'accord pour que tout, absolument tout ce qui concerne la guenille physique et le fonctionnement du *de cujus* soit intégralement publié et apprécié comme il convient, la mine peut être féconde en résultats. Mais est-ce bien exécutable? Une observation prise dans ces conditions peut-elle être tenue pour pleinement et complètement véridique tant dans ses éléments que dans les modes d'appréciation critique du médecin? Cette question soulève une foule de problèmes plus délicats les uns que les autres qui tendent, en fin de compte, à révoquer en doute la liberté d'action des deux personnages. Sont-ils bien certains

l'un et l'autre de leur sincérité? Croient-ils par exemple que la nature même de la tâche, l'intimité des relations qui, forcément, naît des frottements de chaque jour, par cette collaboration extrêmement pénétrante, ne les impressionne point à leur insu et n'aboutit pas, malgré eux, à une atténuation de l'impartialité et du jugement de l'observateur? Déjà Lombroso a tonné (*Semaine médicale* n° 1, 1897); c'est ainsi qu'il reproche à M. Toulouse de n'avoir pas tiré un parti suffisant de ce qu'il a observé, ou, plutôt, de ce qu'il nous livre de son observation.

« Le défaut le plus grand que j'ai remarqué dans l'œuvre de M. Toulouse, dit-il, consiste en ce fait qu'il ne tire pas de ses propres données les conclusions qui en découlent logiquement : on dirait qu'il les redoute et qu'il ferme les yeux pour ne les point voir. »

Et plus loin :

« Dans le cas de M. Zola, une troisième influence héréditaire est entrée en jeu; sa mère souffrait d'une maladie cardiaque, d'arthritisme, de crises nerveuses de nature hystéro-épileptique... Parfois il y avait des accès sensoriels... Quels étaient ces accès? M. Toulouse ne donne pas sur ce point d'éclaircissements satisfaisants. »

Bref, M. Lombroso reprend ceux des renseignements fournis par M. Toulouse, et il établit que M. Zola, simple dégénéré supérieur d'après Toulouse, est un véritable aliéné.

On pourrait répondre à Lombroso que, si Toulouse a cru devoir gazer sur le compte de son client, ou s'il a, inconsciemment, voilé la vérité, ce même document lui paraît, à lui Lombroso, suffisamment accentué pour qu'il ose poser un pareil diagnostic sur M. Zola, sans l'avoir examiné. Semblable réponse constituerait jusqu'à un certain point une solution de la question que nous posions plus haut, sans cependant la trancher tout à fait. En effet Lombroso est en cette affaire un théoricien passionné, et Toulouse un bienveillant suggestionné.

La vérité se dégage-t-elle de l'observation qui nous occupe et de l'enquête au jour le jour publiée dans ces conditions? Nous avons bien peur qu'il n'en puisse être ainsi. De tels contemporains sont évidemment faits pour servir de types, au point de vue qui nous occupe ; mais leurs observations prises lentement, avec patience et méthode, appuyées de réflexions impartiales, ne gagneraient-elles pas à être complétées et éclairées par le temps, à être publiées ultérieurement? Ce à quoi M. Toulouse ne manquera pas de me répliquer que, s'il devait attendre la mort des sujets de l'enquête, il risquerait d'encourir les reproches qu'il fait à juste titre à l'histoire *post mortem* des hommes de talent, et que c'est précisément ce qu'il a voulu éviter. Qu'on discute au moins le diagnostic, alors qu'on a toutes les facilités d'en examiner le sujet, ce qui n'est plus choquant, du moment que celui-ci s'y prête !

Quoi qu'il en soit, voici la matière du volume sur Zola.

L'Introduction générale, intitulée : la *supériorité intellectuelle et la névropathie*, après avoir résumé l'historique du vieux problème, que les esprits curieux de tous les temps se sont posé, bat en brèche les observations historiques, précise les avantages et les inconvénients de l'observation directe, fixe les personnalités sur lesquelles celle-ci doit porter, et traite parallèlement de la névropathie, de la supériorité intellectuelle, de leurs éléments respectifs, de leurs rapports possibles, de la conduite de l'observation. Puis vient l'observation de M. Zola prise comme M. Toulouse sait le faire, irréprochable au point de vue technique, sauf les réserves qui se dégagent de ce que nous avons précédemment formulé. Mais comme c'est agréable à lire ! P. KÉRAVAL.

LA LIQUÉFACTION DE L'AIR ET LA DÉCORATION DU Dr LINDE. — Les journaux allemands annoncent que l'empereur d'Allemagne au cours d'une visite au laboratoire de la Faculté de Berlin, a décerné au Pr Linde l'ordre de la couronne de deuxième classe. Le Pr Linde a liquéfié, devant le souverain, de l'air à la température de 191° au-dessous de zéro; l'air liquide coule à cette température avec une belle couleur bleue. Il est bon de noter que la décoration accordée au Pr Linde récompense ses travaux en général, mais ne vise pas la découverte de la liquéfaction de l'air. Il y a plus d'un an que cette liquéfaction a été réalisée en Angleterre.

VARIA

Le Service médical de l'Exposition de 1900.

En réponse évidemment à un premier-Paris du *Petit Journal* du 6 mars, signé Emile Gautier, dans l'*Eclair* du 7 mars dernier a paru un article anonyme, mais très intéressant et des plus documentés, sur le futur service médical de l'Exposition de 1900.

Il n'y a pas à récriminer contre les décisions prises et les faits acquis. Toutefois certaines appréciations, contenues dans cette interview, en particulier en ce qui concerne l'*Hôpital de prompts secours de l'Exposition de Chicago*, — qu'aucun des membres de la Commission, nommée par M. Picard en juin 1896 pour l'élaboration du projet admis pour 1900, n'a d'ailleurs pu visiter, examiner et étudier sur place —, nous paraissent un peu inexactes. Aussi croyons-nous de notre devoir de rétablir les faits et la vérité vraie.

Constatons d'abord que « les chantiers seront téléphoniquement reliés avec les postes de secours ». Autant aurait valu recourir de suite aux avertisseurs d'accidents, que nous avons préconisés! De plus, remarquez qu'à l'Exposition « les tendances de la chirurgie, dit l'*Eclair*, devront être conservatrices! » Mais n'est-ce pas toujours ainsi qu'on doit faire de la chirurgie?

Il paraît qu'aux abords du Champ-de-Mars et des Champs-Elysées se trouve « une région particulièrement pourvue d'hôpitaux ». Je veux bien, si l'on est convaincu que Necker est tout près du Trocadéro et Beaujon des Invalides! Affaire d'appréciation. J'ajoute que je ne me suis pas du tout basé sur cet éloignement pour demander l'érection d'un hôpital de prompts-secours au Champ-de-Mars.

Nous nous plaisons à reconnaître que l'esprit le plus large et le plus humain a présidé à cette organisation; mais nous sommes obligé aussi de constater que le sens chirurgical de M. le Directeur de l'Exposition n'est peut-être pas à la hauteur de ses hautes capacités de financier et d'ingénieur. Ce sont les pauvres blessés qui certainement paieront les... crânes cassés. Mais n'en est-il pas toujours ainsi? Et qu'un crâne pèsera donc peu dans la balance, qui servira à compter les millions gagnés par les entrepreneurs!

Revenons maintenant à l'Hôpital de Chicago. D'abord, l'Exposition n'était pas *extra muros*, pour la seule raison qu'il n'y a pas de « *muros* » aux Etats-Unis! Elle était bel et bien dans la ville, il est vrai, à son extrémité sud; mais je ne suppose pas que le Champ-de-Mars soit tout à fait au centre de Paris! Le même article affirme qu'à Chicago les hôpitaux sont tous des fondations particulières; il oublie qu'il s'y trouve un hôpital d'Etat, *Cook County Hospital*, qui aurait pu recevoir gratuitement les blessés de l'Exposition, comme il reçoit ceux de la rue. Et puis, c'est justement dans la ville même de Chicago que fonctionne le système de l'Assistance chirurgicale instantanée que je réclame à cor et à cri pour Paris! Mais c'est toujours ainsi que les journaux politiques écrivent l'histoire!

A Chicago, on aurait très bien pu se passer de l'hôpital autonome, comme s'en passera l'Exposition de 1900. Mais les Américains sont gens plus pratiques que les Français et on apprécie là-bas la vie humaine à une autre valeur que chez nous. Encore affaire de sentiment et de goût. D'ailleurs, il n'y a pires sourds que ceux qui, pour des raisons diverses, ne veulent rien entendre. Ne crions donc plus.

Le Commissaire général vient de publier les textes réglementaires du service médical de l'Exposition. Ce document règle les mesures de sécurité et d'hygiène et les secours à accorder aux ouvriers blessés et malades, ainsi que l'organisation générale du service médical. Comme mesures particulières, signalons que les ouvriers qui n'auraient pas subi la vaccination, ou la revaccination, depuis deux ans, seront vaccinés gratuitement dans les postes médicaux. Les exposants, leurs agents ou ouvriers, et les visiteurs atteints de blessures ou de maladies à l'intérieur de l'Exposition recevront les premiers soins dans les postes médicaux, où ils seront, au besoin, conduits ou transportés par l'administration. Pour chaque blessé ou malade, ainsi traité, le service médical tiendra une fiche et produira un bulletin spécial. M. B.

La conférence sanitaire de Venise.

La conférence sanitaire a terminé la discussion générale de son programme. Elle a pris note de la communication du délégué persan sur la composition du conseil sanitaire de Teheran.

En séance plénière, on a lu le rapport final de la commission générale technique, sur lequel a été ouverte la discussion. La conférence a approuvé en cette séance plénière les rapports des deux commissions techniques. La conférence a constitué une commission diplomatique, avec M. de Bonin, comme président, et M. Barrière comme rapporteur, pour établir les moyens pratiques d'application des propositions des commissions techniques. Ensuite la commission chargée des mesures à prendre hors d'Europe, a adopté les propositions relatives aux précautions à prendre dans le golfe Persique.

Les délégués de la Turquie, de la Suède et la Norvège ont annoncé l'adhésion de leurs gouvernements respectifs à la convention sanitaire de Paris. L'adhésion de la Turquie est limitée à une période de cinq ans. L'adhésion de l'Angleterre à ladite convention, sous quelques réserves déterminées, avait été annoncée par le délégué britannique dans une séance précédente.

Les cliniques libres.

M. Michelin vient de saisir la Chambre des Députés « en raison, dit-il, des récents scandales dont les cliniques libres ont été le théâtre », d'une proposition de loi aux termes de laquelle les cliniques libres ne pourront être installées, sous peine d'une amende de 50 à 500 francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois, sans autorisation du préfet de police à Paris, du préfet du Rhône à Lyon, et du maire dans les autres communes. Ces cliniques demeureront constamment soumises à la surveillance des autorités ci-dessus désignées. Tout médecin qui sera convaincu d'avoir pratiqué ou fait pratiquer une opération inutile et en général d'avoir abusé d'un malade, en impressionnant son moral par menaces de maladies ou promesses de guérison, pour lui extorquer de l'argent, sera puni des peines édictées par l'article 405 du Code pénal. Enfin, il sera interdit aux médecins de s'affilier avec des pharmaciens, sages-femmes ou directeurs d'établissements thermaux ou de maisons dites de santé, dans le but de partager les bénéfices provenant de la vente des médicaments qu'ils auront prescrits ou de se faire faire des remises par ces derniers. Il sera également interdit, sous la sanction des mêmes peines, aux médecins, de se faire rémunérer par d'autres médecins ou chirurgiens, pour leur avoir procuré des malades ou des opérations chirurgicales.

Quand cette proposition aura été imprimée et distribuée — si elle l'est jamais —, nous en ferons connaître le texte exact, sans d'ailleurs la discuter, car vraiment elle n'en vaut pas la peine.

Le Conseil de l'Université de Paris.

Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni cette semaine, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur. Le conseil a enregistré l'adresse des professeurs de l'Université de Princeton, « demandant à reconnaître la courtoisie dont a fait preuve l'Université de Paris aux fêtes du sesqui-centenaire de sa fondation », et déposé dans les archives du conseil la médaille commémorative de cette solennité.

Le président a communiqué ensuite au conseil les statuts de l'*Association amicale des étudiants en pharmacie de France*. Cette association, qui est en voie de formation, a été fondée afin d'établir entre ses membres des liens de solidarité morale et d'amitié. Il a communiqué également le contrat intervenu entre l'Université et la Compagnie du secteur de la rive gauche pour l'*éclairage électrique* de la Faculté des sciences, de la Faculté de médecine, et, éventuellement, de l'Ecole supérieure de pharmacie. Il a fait connaître que les cours annexes de la Faculté des sciences actuellement installés dans les locaux de l'ancien collège Rollin, locaux concédés temporairement à l'Université par la Ville, seront transférés dans un bâtiment à construire sur le terrain domanial situé à l'angle des rues Cuvier et de Jussieu. La Ville de Paris a besoin pour ses propres services de reprendre l'immeuble qu'elle avait généreusement consenti à prêter à la Faculté depuis plusieurs années déjà ; la question est liée d'ailleurs à une opération de voirie. Le conseil entend ensuite la lecture des rapports des doyens sur la situation des *bibliothèques* pendant l'exercice 1896. Il a décidé, conformément à la proposition de la Faculté de médecine, qu'il y a lieu d'adjoindre à la délégation qui se rendra au *Congrès de Moscou*, au mois d'août, MM. Joffroy, professeur, et Gaucher, agrégé. Le président entretient le conseil de l'application de l'article 4 de *la loi du 10 juillet 1896 sur les universités*. Aux termes de cet article, il doit être fait recette au budget de chaque université des droits d'études, d'inscriptions, de bibliothèque et de travaux pratiques acquittés par les étudiants. Les ressources provenant de ces recettes ne pourront être affectées qu'aux objets suivants : dépenses de laboratoires, consruction et entretien des bâtiments, création de nouveaux enseignements, œuvres dans l'intérêt des étudiants. Les droits d'examen, de certificat d'aptitude, de diplôme ou de visa acquittés par les aspirants aux grades, ainsi que les droits de dispense et d'équivalence, continueront d'être perçus par l'Etat. Il l'entretient également de la création d'un *doctorat universitaire*. Après un échange d'observations, le conseil inscrit la question en tête de son ordre du jour de la prochaine séance fixée au 29 mars.

Hôpital-Hospice de Conches : Intolérance religieuse.

La *Vallée de l'Eure* du 7 mars dernier rapporte le fait suivant :

« Un nommé P..., habitant Nogent-le-Sec, s'étant blessé le jour du marché de Conches, fut transporté à l'hospice de cette ville, où il mourut quelque temps après. On voulut le forcer à se confesser. P... n'y consentit pas. De là, rancune de la part de l'autorité supérieure de l hospice, entièrement vouée au cléricalisme. Le pauvre P... était marié. On ne prévint pas sa femme. Il fut enterré sans que sa famille apprît la mort du malheureux. Quelques jours après l'inhumation, la femme P... vint à Conches pour connaître l'état de santé de son mari. On lui apprit qu'il était mort et enterré. Si les faits sont exacts, et notre correspondant est digne de foi, nous demandons à la commission administrative le rôle qu'elle a joué dans cette occasion. Nous ne voulons pas qualifier son attitude avant qu'elle nous dise si les faits sont réels. »

La *Vallée de l'Eure* attendra longtemps. Tout le monde sait bien que dans les établissements hospitaliers de ce genre les commissions administratives n'ont aucune influence et que c'est la supérieure de l'hospice qui est la maîtresse absolue.

L'Hôpital de la Marine à Brest.

Nous extrayons les renseignements suivants d'un article publié dans le *Correspondant médical* du 28 février :

... Il y a quelque trente années, il y avait à l'hôpital de Brest, pour 800 à 900 malades, 60 infirmiers ; aujourd'hui, il y en a plus de 100, et la moyenne des malades ne dépasse pas 400. En plus de ces 100 infirmiers, il faut noter 30 à 40 journaliers continuellement dans la maison, et, en plus, les lingères, les gardiens et encore 42 sœurs ; enfin, les pharmaciens et médecins ! A l'hôpital de la marine de Brest, on mange moins de poulets, on boit moins de lait et de Bordeaux qu'autrefois, mais on a une armée d'employés : agents comptables, agents administratifs, écrivains, commis de toutes sortes, qui viennent se chauffer dans leurs bureaux et gratter du papier. Chaque jour ils fournissent plus de trente états. Bureaucratie et misère, voilà la formule de nos gouvernants.

Le contrôle hygiénique et fiscal de l'alcool.

On a distribué le projet déposé par le ministre des finances pour instituer un contrôle hygiénique et fiscal de l'alcool. Le but de ce projet est d'exercer une surveillance rigoureuse sur l'alcool industriel, non seulement à sa source, mais à toutes les étapes qu'il doit parcourir avant d'arriver à la consommation ; on assure ainsi à la santé publique les garanties qu'elle est en droit d'attendre d'une législation qui demande aux boissons spiritueuses une part d'impôt considérable, en même temps qu'on fortifie l'action des services fiscaux, mesure indispensable au moment où le taux de l'impôt va être surélevé. En résumé, les garanties nouvelles que le Ministre propose d'établir tendent à réprimer la fraude et à protéger la santé publique ; « leur établissement, dit l'exposé des motifs, n'exige pas nécessairement la monopolisation de l'alcool, question qui soulève des problèmes d'ordre politique ».

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 15. — Dissection : MM. Tillaux, Delens, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Delbet, Varnier. (2e *partie*) : MM. Fournier, Marie, Gilles de la Tourette.

MARDI 16. — Dissection : MM. Polaillon, Quénu, Hartmann. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Maygrier, Nélaton. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Le Dentu, Pozzi, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Letulle. — (2e *série*) : MM. Grancher, Debove, Marfan.

MERCREDI 17. — Dissection : MM. Marchand, Poirier, Walther. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Peyrot, Delbet, Broca. — (2e *série*) : MM. Humbert, Ricard, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Chauffard, Gaucher.

JEUDI 18. — Dissection : MM. Rémy, Poirier, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Joffroy, Hutinel, Charrin. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot.

VENDREDI 19. — Dissection : MM. Humbert, Poirier, Sébileau. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Thoinot, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 20. — Médecine opératoire : MM. Berger, Quénu, Poirier — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Raymond, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tarnier, Polaillon, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Debove, Roger.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 17. — M. Dayot. Des pansements de l'otorrhée ou pansements simples. — M. Raimondi. Les kystes des ligaments larges

JEUDI 18. — M. Hazarabedian. Etude comparative de la castration double et de la résection des canaux déférents dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — M. Kisseloff. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — M. Legrand. Des imperforations de l'œsophage. — M. Sicard. Des tumeurs cartilagineuses des fosses nasales. — M. Mermet. Etude expérimentale sur l'absorption et la diffusion cornéennes. — M. Gros. L'hydrophtalmie ou glaucome infantile. — M. Duhos. Contribution à l'étude des tumeurs primitives multiples des os (sarcomes, lymphosarcomes, myélomes).

Enseignement médical libre.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr KOENIG, 14, rue Monge. Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, a commencé le mardi 9 mars à 5 heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre. Il le continue les samedis et mardis suivants à 5 heures.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, recommencera un cours de technique microscopique et d'histologie pathologique, avec manipulations et exercices de diagnostic, le 15 mars, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 9, rue Marsollier, de 1 h. à 2 h. ou au laboratoire de 4 h. à 6 h.

Nous attirons l'attention de nos Lecteurs sur le **Catalogue** *des livres au rabais joint à ce numéro.*

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle, en date du 15 février 1897, M. DE BOVIS, médecin aide-major de première classe est placé dans la position hors cadre.

L'ŒIL ÉLECTRIQUE. — M. le Pr Bose (de Calcutta) a affirmé devant la *Société royale de Londres* avoir réussi à produire des ondes électriques capables de traverser des corps opaques, les murs, le bois, à l'exception toutefois des plaques métalliques de grande épaisseur. L'œil électrique de M. Bose est une sorte d'écran où viennent converger les nouveaux rayons qui, au moyen d'un appareil récepteur, deviendraient perceptibles pour notre œil. Bien mieux encore que les rayons de Rœntgen, les rayons de M. Bose permettraient de sonder l'invisible, de voir à travers les murailles et de scruter les replis du corps humain. « J'en ai vu assez, a dit le président de la Société royale, pour être rempli d'admiration et d'étonnement ».

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 au samedi 6 mars 1897, les naissances ont été au nombre de 1 280, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 453, illégitimes, 195. Total, 648. — *Sexe féminin* : légitimes, 438 ; illégitimes, 194. Total, 632.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 fév. au samedi 6 mars 1897, les décès ont été au nombre de 982, savoir : 550 hommes et 432 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 1, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 9, F. 7, T. 16. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 7, F. 6, T. 13. — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 4, T. 9 — Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 131, F. 78, T. 209. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 8, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 25, F. 10, T. 35. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 26, T. 41. — Méningite simple : M. 10, F. 16, T. 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 27, F. 18, T. 45. — Paralysie, M. 1, F. 7, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9 — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 38, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 8, T. 22. — Bronchite chronique : M. 12, F. 13, T. 25 — Broncho-pneumonie : M 26, F. 23, T. 49. — Pneumonie : M. 17, F. 15, T. 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 29, F. 17, T. 46. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 10, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 12, F. 12, T. 24. — Sénilité : M. 14, F. 26, T. 40. — Suicides : M. 13, F. 5, T. 18. — Autres morts violentes : M. 18, F. 3, T. 21. — Autres causes de mort : M. 95, F. 50, T. 148. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 14. Total : 45 — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 11. Total : 40.

LES BUDGETS DES FACULTÉS. — La commission du budget, lors de l'examen du budget de l'Instruction publique, à propos de l'article 7 (Facultés), a exprimé le désir qu'à l'avenir chaque Faculté ait son budget spécial.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Election.* — L'Académie a procédé cette semaine à l'élection d'un membre titulaire de la section de botanique, en remplacement de M. Trécul, décédé. La section avait établi la liste de présentation suivante : première ligne, M. Bonnier ; deuxième ligne, MM. Bureau, Maxime Cornu, Prilleux, Renault et Zeiller. Au premier tour de scrutin, M. BONNIER a été élu à la presque unanimité des suffrages. M. Gaston Bonnier est le successeur du Pr Duchartre à la chaire de botanique de la Sorbonne. Il est l'auteur de nombreux et savants travaux, sur la structure et la coloration des plantes, que nous avons analysés ici même et qui l'ont classé parmi les botanistes les plus connus de l'école française.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE. — Une inscription est ouverte au Bureau du Département de l'Instruction publique du canton de Genève, du mardi 2 au samedi 20 mars inclusivement, pour la chaire de physiologie de la Faculté de médecine à l'Université de Genève. Six heures de cours par semaine ; démonstrations et exercices pratiques au laboratoire avec conférences pratiques tous les jours. Traitement annuel : 6,000 fr. et la part du casuel. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du département de l'Instruction publique, Hôtel de Ville, 10, à Genève.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE REIMS. — M. DE BOVIS, docteur, est institué pour une période de neuf ans Suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE ROUEN. — M. DUMONT, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions, pour trois ans, à dater du 9 juillet 1897.

Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1897 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Concours pour un emploi de professeur agrégé d'hygiène à l'Ecole d'application du service de santé militaire.* — Un concours s'ouvrira le 5 avril

prochain à l'école d'application du service de santé militaire, pour un emploi de professeur agrégé d'hygiène. En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1re et 2e classe sont seuls admis à prendre part au dit examen. Les épreuves sont déterminées par la note ministérielle du 28 février 1890 (B. O. du ministère de la guerre, P. R. 1890, page 333) et celle du 15 avril 1891 (B. O., P. R. 1891, page 525); elles seront subies dans les conditions prévues par la décision ministérielle du 6 avril 1897 (B. O. du ministère de la guerre, P. S. 1878, page 280). Les médecins militaires qui désireraient prendre part à ce concours adresseront au ministère de la guerre (7e direction, bureau des hôpitaux) avant le 25 mars 1897, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

Armée territoriale. — Promotions au grade de médecin principal de 2e classe : M. Teissier. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Berbez, Noquet, Picque, Richard et Stoeber. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Bailly, Gaboriaud, Lacaze-Dori, Rochet et Timal. — Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Auvergniot, Barbaud, Baron, Begue, Bidot, Breillot, Caix, Coroenne, Debu, Delastre, Devis, Dumas, Dupré, Fabre, Fouchard, Fourrier, Gougelet, Guiraud, Hamel, Hamon, Henne, Houel, Issaurat, Lanchamp, Landry, Lebrun, Longbois, Malaingre, Maqué, Meriot, Montennis, Morel, Moulin, Nicouleau, Oudar, Piquard, Plichon, Proux, Raffin, Récamier, Rotillon, Ruyssen, Sous, Thevard et Vrain.

Réserve. — Promotions au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Adnot, Barbier, Beaumé, Benoit, Bonnard, Bordas, Bruyelle, Castagné, Chastenet, Christofini, Damain, Doyon, Donac, Gaudier, Giraud, Hedon, Lauth, Le Tanneur, Malaper du Peux, Martin et Meusnier.

Concours pour l'admission a l'Ecole du service de santé militaire en 1897. — Un concours s'ouvrira, le 1er juillet 1897, pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire établie près la Faculté de Médecine de Lyon. Les épreuves écrites auront lieu les 1er et 2 juillet dans les villes suivantes : Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours. Les épreuves orales auront lieu : à Paris (le 2 août), à Lille (le 7 août), à Nancy (le 11 août), à Lyon (le 16 août), à Montpellier (le 21 août), à Toulouse (le 25 août), à Bordeaux (le 30 août), à Rennes (le 3 septembre). Le registre d'inscription sera ouvert du 20 mai au 16 juin 1897 dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées pendant la même période par les parents ou tuteurs des candidats.

Huitième Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes. — Le huitième Congrès annuel des Médecins Aliénistes et Neurologistes français s'ouvrira à Toulouse, le lundi 2 aout 1897, sous la presidence de M. le Dr Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton. Le grogramme comprendra : 1° Questions mises à l'ordre du jour : *Pathologie mentale. Diagnostic de la paralysie générale.* Rapporteur : M. le Dr Arnaud, médecin de la maison de santé de Vanves. — *Pathologie nerveuse. L'hystérie infantile.* Rapporteur : M. le Dr Bezy, chargé du cours de clinique infantile à la Faculté de médecine de Toulouse. — *Assistance des aliénés. Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés.* Rapporteur : M. le Dr M. Doutrebente, médecin directeur de l'Asile de Blois. — 2° Lectures, présentations, travaux divers ; 3° Visite de l'Asile d'aliénés de la Haute-Garonne; 4° Assemblée générale de l'Union des Aliénistes français; 5° Excursions ; 6° Impression et distribution des travaux du Congrès. — Prix de la cotisation : 20 francs. — Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications au Secrétaire général du Congrès, M. le Dr Victor Parant, allées de la Garonne, 17, Toulouse.

Enseignement Populaire Supérieur. — *Cours d'Hygiène sociale*, professé à l'Hôtel de Ville, salle des Prévots. — La Conférence pratique du 14 mars aura lieu au Dépôt des Collections du Service de l'Assainissement situé dans les dépendances du Depotoir municipal, 185, rue d'Allemagne, près le Marché aux bestiaux, à neuf heures et demie du matin. Les Cours et les Conférences sont publics.

Association générale des médecins de France. — Par décret, l'Association générale des Médecins de France est autorisée à accepter le legs de la somme de 2,000 fr. qui lui a été fait par M. le Dr Antoine Desmares.

Société Obstétricale de France. — La Société obstétricale de France tiendra sa cinquième session du 22 au 24 avril. Elle a porté à son ordre du jour les deux questions suivantes, dont la première surtout revêt un grand intérêt d'actualité : 1° *De l'avortement habituel;* 2° *des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement.*

Médecin candidat Député. — Dans l'Oise, dans la 1re circonscription de Beauvais, sur 20.025 inscrits et 15.785 votants, M. le Dr Baudon, cons. gén. rad., a obtenu, à la dernière élection législative, 7.723 voix. Il y a ballotage.

Médecine et Beaux-Arts. — Le dessinateur H. Pille, vient de mourir. Le meilleur tableau qu'il ait jamais peint fut celui qui l'an dernier était au Salon : le *Portrait d'un médecin dans son laboratoire*. Peu s'en fallait que ce fût un chef-d'œuvre.

Hôpitaux de Paris. — *Comités de Patronage.* — La 5e commission du Conseil municipal s'est réunie récemment sous la présidence de M. Paul Strauss, pour organiser définitivement les comités laïques de patronage dans les hôpitaux, dont la création a été résolue par une délibération prise le 4 mars 1896. Ces comités, qui auront pour mission de visiter les malades dans les hôpitaux, de les suivre à leur sortie, de s'enquérir de leur besoins et de ceux de leurs familles, entreront en fonctions le 1er avril.

Hôpital Laënnec. — On a interné, dit le *Temps,* dans une maison de santé, M. G.., directeur de l'hôpital Laënnec M. G... était atteint depuis quelques jours de troubles cérébraux. Son entourage espérait en son prompt rétablissement, et, le matin encore, M. G... recevait des soins chez lui. Mais le mal persistant, on a dû le diriger sur un asile spécial.

Médecins Honoraires. — MM. les Drs E. Besnier, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, et J. Simon, ancien médecin de l'Hôpital des Enfants malades, sont nommés médecins honoraires des hôpitaux et hospices de Paris.

Hospice des Vieillards de Boulogne. — Le président de la République présidera l'inauguration solennelle de l'hospice des vieillards de Boulogne, le mercredi 17 mars. Il sera accompagné par le Ministre de l'Intérieur, le préfet de la Seine et le président du Conseil général de la Seine.

Hôpitaux de Bordeaux. — Cette année devait avoir lieu à Saint-Raphaël, annexe de l'hôpital Saint-André, les examens pour l'admissibilité à l'externat. Les étudiants qui veulent concourir sont tenus d'avoir accompli un stage dans un service hospitalier. Or, le conseil d'administration des hospices avait cru devoir accorder aux élèves de première année de l'école navale, la faveur de prendre part au concours, bien qu'ils n'eussent encore accompli aucun stage. Les étudiants civils se sont émus de la chose et après avoir signé une protestation dans laquelle ils declaraient renoncer à toute candidature, ils se sont livrés, au moment où s'ouvrait la séance d'examen, à une manifestation. Le président du jury, après s'être fait exposer les raisons du mécontentement des etudiants civils, a levé la séance, renvoyant le concours à une date ultérieure et promettant que les revendications des manifestants feraient l'objet d'un examen prochain de la part du conseil d'administration des hospices. Des bravos prolongés ont accueilli cette déclaration et les étudiants ont quitté la salle, enchantés de l'issue du conflit.

La Peste aux Indes. — M. le Dr Yersin est arrivé à Bombay depuis le 6 mars. Le gouverneur de Bombay a nommé une commission de quatre membres, chargee d'appliquer les mesures propres à enrayer le développement de la peste. En prévision de la propagation de la peste, la Société de la Croix-Rouge de Russie a décidé l'envoi de détachements de sœurs de charité au Turkestan, dans la Transcasoienne, en Boukharie, sur la frontière persane et au Transcaucase. Un premier détachement vient déjà de partir pour Tachkent. — M. Camille Savoire, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, a fait, jeudi dernier, à huit heures, à la mairie du XVIe arrondissement, une conférence sur la *peste*. — La *Correspondance scientifique* de Berlin annonce que le Pr Koch quittera prochainement le sud de l'Afrique et se rendra dans les Indes-Orientales pour y prendre la direction de la commission allemande chargée d étudier la peste bubonique.

La Défense contre la Peste en France. — Le Ministre de l'Intérieur a fait signer un décret rapportant celui du 9 février dernier, qui portait prohibition absolue du port de Marseille aux navires venant de l'Inde, à raison de l'existence dans ce dernier pays de la peste bubonique. Le nouveau décret établit une réglementation commune pour tous les points du territoire français. Par suite de cette généralisation des mesures de précaution contre la peste, le gouvernement va demander au Parlement un crédit supplémentaire de 247,000 fr. pour assurer l'application de ces mesures dans tous les ports français. — Le conseil des Ministres a autorisé le dépôt sur le bureau de la Chambre d'un projet de loi tendant à ouvrir un crédit de 150,000 fr. destiné à compléter les installations sanitaires du Frioul à Marseille.

LES SECOURISTES FRANÇAIS. — L'inauguration des cours de la Société des Secouristes français fondée par notre collaborateur Albin Rousselet, a eu lieu dimanche dernier, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, trop étroit pour contenir la foule des assistants. M. Barthou, Ministre de l'Intérieur, empêché, s'était fait représenter par M. Constantin, sous-chef du cabinet. Sur l'estrade avaient pris place MM. Funck-Brentano, président de la Société, Jacques, député de la Seine, président d'honneur, le Dr Ch. Floquet, MM. Rousselet et Hesse, vice-présidents, de Friedberg, secrétaire général, les Dr Butte, trésorier, Kortz, trésorier-adjoint, M. Damico, secrétaire; MM. Brumann, secrétaire général de la Préfecture de la Seine, Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, les Drs Olivier, Pasteau, Féolde, Thoumas, Mouls, Maréchal, Perchaux, Desforges, Cornet, MM. Guérin, Printemps, Charlier-Tabur, Simon, etc. Après le compte rendu moral du secrétaire général et les allocutions de M. Constantin et du président de la Société, il a été procédé à la distribution des diplômes. Voici la nomenclature des principaux cours ouverts cette semaine dans les vingt arrondissements de Paris et la banlieue : 1er arrondissement, Dr L.-R. Regnier; — 2e, Dr Thominet; — 3e, Dr Maréchal; 4e, Dr Pasteau; — 5e, Dr Kortz; — 6e. Dr Morin; — 7e Dr Desesquelle; — 8e, Dr Dagincourt; — 9e, Dr Perchaux; — 10e, Dr Cogrel; — 11e, Dr Peyré; — 12e, Dr Laborde; — 13e, Dr Cornet; — 14e, Dr Mouls; — 15e, Dr Desforges; — 16e, Dr Chandebois (1re section), Dr Lefèvre (2e section); — 17e, Dr Kouchel-katz ; — 18e, Dr Perrachon; — 19e, Dr Thoumas ; — 20e, Dr Dupont. — Banlieue : *Boulogne-sur-Seine*, Dr Hodée; *Fontenay-sous-Bois*, Dr Féolde; — *Les Lilas*, Dr Veper; — *Neuilly-sur-Seine*, Dr Cayla; — *Nogent-sur-Marne*, Dr Grasset; — *Le Perreux*, Dr Thomas; *Saint-Ouen*, Dr Kouchel-Katz.

NÉCROLOGIE. — Nous avons raconté les tristes circonstances dans lesquelles un jeune savant de beaucoup de mérite, M. Charles CONTEJEAN, est mort à Bellegarde, chez son père, après avoir avalé quelques grammes de sublimé corrosif au lieu de bicarbonate de soude qu'il croyait prendre. Ce jeune savant avait été sollicité de poser sa candidature à la chaire laissée vacante à l'université de Genève par la mort de l'illustre physiologiste Schiff. Charles Contejean, qui était, on le sait, assistant à la chaire de pathologie comparée au Muséum de Paris, partit donc pour Genève, fit les quelques visites qu'on lui avait indiquées, et c'est en retournant à Paris qu'il s'arrêta quelques jours chez son père, employé supérieur de la douane à Bellegarde. Un groupe de professeurs de la Faculté de médecine de Genève ont envoyé à M. et Mme Contejean une lettre dont nous extrayons le passage suivant : « Peu d'hommes de son âge quittent la vie en laissant derrière eux une trace déjà si profonde faite de savoir et de travail utile, et si les parents d'un tel homme perdent un fils aimé, ils peuvent être assurés que la science et l'humanité ont le devoir de partager leur douleur. » — M. le Dr Raphael Michel PERCEPIED, né à Vichy le 3 août 1845. Après de brillantes études au lycée de Clermont-Ferrand, il commença la médecine à l'école secondaire de cette ville, où il resta quatre ans en qualité d'interne. Il fit une thèse remarquée sur le *traitement du varicocèle par l'électrolyse*, et se fixa à Saint-Nectaire, où il exerça avec distinction pendant dix-huit ans. D'une réelle intelligence, d'un esprit fin et délié, très apprécié de ses clients, très aimé des habitants, il a laissé la réputation d'un médecin consciencieux et d'un homme honnête. — M. le Dr BOYRON (d'Amagne). — M. le Dr CAMPASSENS (de Sain-Germé). — M. le Dr J. GUINAUD (de St Etienne). — M. le Dr ISABEL (d'Avranches). — M. le Dr MOURIER (de Baugy). — M. le Dr DESTEZ, de Nantes, reçu en 1856. — M. le Dr DEVAILLY, de Paris. — M. le Dr ARMANGAUD (de Réalmont.) — M. le Dr BATMALME (de Toulouse). — M. le Dr CAUSSANEL, professeur de clinique des maladies des enfants à l'Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr José Antonio Arantes PEDROSO, professeur de pathologie externe à l'Ecole de médecine de Lisbonne. — M le Dr Léon HALBAN, professeur émérite de médecine légale à la Faculté de médecine de Cracovie. — M. le Dr Oliver PEMBERTON professeur émérite de chirurgie à Mason Collège de Birmingham — M. le Dr George David POLLOCK, ancien lecteur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Saint-Georges de Londres. — M. le Dr Perry MILLARD, ancien professeur de chirurgie à l'University of Minnesota de Minneapolis. — M. le Dr Thomas G. ROWAND, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale. — M. le Dr Henry HARTSHORNE, ancien professeur de médecine à l'University of Pensylvania de Philadelphie. — M. le Dr P. M. DENIG, ancien professeur de médecine légale au Starling Medical College de Columbus.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL TENON. — M. BÉCLÈRE. — Conférence clinique tous les vendredis, à 10 h. 1/2 (salle Pidoux).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr DOLÉRIS : obstétrique et la gynécologie, mardi et vendredis à 10 heures. — M. le Dr George THIBIERGE : *leçons cliniques sur les maladies de la peau*, le vendredi à 10 h. 1/2. Le mercredi et le samedi, à 9 h., consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques. — M. le Dr BABINSKI : conferences cliniques sur les *maladies du système nerveux*, samedis à 10 heures du matin. Les conférences ont lieu dans la salle des consultations, annexe de la salle Grisolle.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules VOISIN, le jeudi, à 10 h. du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert BALLET et E. BRISSAUD. M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures. M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. HALLOPEAU, dimanche, à 9 h. 1/2 (salle des conférences). — M. le Dr DU CASTEL, le samedi, à 1 h. 1/2, consultation externe. Après la consultation, conférence clinique dans la salle des conférences.

ASILE CLINIQUE. — *Conférence sur les causes de la folie* : M. le Dr TOULOUSE, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr), RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 12. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 MARS 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la Splénectomie.

Par M. le Dr TH. JONNESCO (de Bucharest),
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine,
Directeur de l'Institut d'anatomie de l'Université.

Il n'y a pas longtemps que des chirurgiens de grande valeur s'exprimaient de la façon suivante, à propos de l'extirpation de la rate malarique :

« Sans nous occuper davantage de ces chiffres, dit Péan, nous pensons qu'il ne faudrait pas tenter l'extirpation de la rate chez un paludique. » (*Traité des tumeurs de l'abdom. et du bassin*, p. 1041, 1880).

« Extirper chez l'homme la rate hypertrophiée ou atteinte de tumeurs diverses, c'est là une de ces téméraires entreprises que l'on ose à peine qualifier de chirurgicale..... Extirper avec préméditation une rate paludéenne ou leucocythémique ou cancéreuse, c'est non seulement aller au-devant d'une mort à peu près certaine dans les vingt-quatre heures au plus tard, mais même, en supposant le succès opératoire, c'est thérapeutiquement inutile. » (Jeannel, *Dic. Jaccoud*, art. *Rate*).

Sans être aussi pessimiste, la plupart des chirurgiens se refusent encore à recommander la splénectomie. Ainsi Nicolaï, Sokoloff (1889) prétend que l'hypertrophie secondaire de la rate, quelle qu'en soit la cause, doit être écartée de la liste des indications de la splénectomie. M. G. Marchand (1892) conclue aussi qu'à moins de circonstances spéciales, qu'il est difficile de prévoir, la plus grande retenue s'imposera au point de vue de cette opération chirurgicale, qui souvent fut d'une utilité très restreinte, et qui a présenté et présente encore une léthalité considérable. Quénu (*Traité de Chir.*, t. VII, p. 203) se montre aussi très réservé sur les indications de la splénectomie pour l'hypertrophie malarique. En effet, sur sept extirpations de rate de ce genre, prises dans la statistique d'Adelmann, il ne relève que deux guérisons.

Enfin Olgiati (Th. de Par., 1896) conclue que la gravité de la splénectomie, dans l'hypertrophie malarique de la rate, restreint les indications de cette opération à certains cas spéciaux. Elle ne doit être tentée qu'après l'échec des moyens médicaux.

Me basant sur deux interventions heureuses que je vais résumer, je crois qu'il faut étendre beaucoup plus les indications de la splénectomie dans l'hypertrophie de la rate. Voici d'abord le résumé de ces observations.

Observation I

N.. C..., 62 ans, musicien, entre dans mon service le 30 janvier 1896. Le début de la maladie remonte à trois ou quatre ans par des sensations de pesanteur de l'abdomen qui l'empêchaient de marcher, le fatiguaient beaucoup et l'empêchaient de travailler d'une façon suivie. Les accès de fièvre intermittente, intenses pendant les premiers temps, ont cessé depuis; mais, la cachexie du malade est profonde, se traduisant par une inappétence, des vomissements, de la diarrhée intense, de l'œdème des malléoles, etc. A l'examen du ventre, on trouve une tumeur énorme qui occupe toute la moitié gauche de l'abdomen et une partie de la droite. Elle s'étend depuis la quatrième côte gauche jusque dans la fosse iliaque du même côté, dans le sens longitudinal et au delà de la ligne médiane dans le sens transversal. Tumeur profonde légèrement déplaçable, ayant gardé la forme de la rate, mais énormément développée. Le diagnostic posé fut hypertrophie de la rate due à l'infection paludéenne. Vu l'insuccès du traitement médical qu'on lui avait fait subir pendant quelque temps, vu l'insistance du malade qui demandait à en être débarrassé et malgré l'état de cachexie très avancé dont je viens de parler, je lui ai pratiqué l'opération de la splénectomie le 3 janvier 1896. L'incision de la paroi abdominale fut faite le long du bord externe du grand droit antérieur, depuis les dernières fausses côtes jusqu'au ligament de Fallope. Arrivé dans la cavité abdominale et ayant constaté le manque d'adhérences antérieures, j'ai contourné la rate, je l'ai attirée vers moi qui étais placé, dans ce but-là, à droite du malade et j'ai plongé mon regard vers l'extrémité supérieure de la tumeur. A ce niveau, je trouve les adhérences normales entre la rate et le diaphragme, adhérences légères augmentées d'étendue, mais qui, en somme, étaient prévues. Je détruis ces adhérences; sachant que dans ce ligament phreno-splénique on trouve toujours des vaisseaux relativement développés, vaisseaux qui le sont encore plus dans le cas pathologique, j'ai divisé ce ligament en plusieurs faisceaux que j'ai liés et sectionnés séparément. De cette façon, je n'ai pas eu une goutte de sang pendant tout ce temps de la libération de la rate. Une fois ceci fait et assuré, qu'aucune adhérence profonde ne fixe la rate aux parois de sa loge, je la fais sortir hors de l'abdomen pour procéder à la ligature de son pédicule. Celui-ci était court et renfermait de nombreux vaisseaux extrêmement développés. Aussi, j'ai procédé à la séparation de chaque vaisseau à part, à leur ligature successive, ce qui m'a demandé un certain temps, mais j'ai pu ainsi obtenir une hémostase parfaite et pendant ce temps aussi je n'ai pas eu une goutte de sang. La rate enlevée, j'ai procédé à la fermeture de la plaie abdominale, avec drainages de Mikulicz. Les suites opératoires ont été des plus simples; dans les neuf premiers jours, la température est restée presque constamment à 37°. Le neuvième jour, la réunion par première intention paraissant obtenue, je lui enlève les fils de suture. Le lendemain, dixième jour, le malade paraissait aussi bien que la veille. La température était normale et tout paraissait aller pour le mieux, seulement le malade me dit qu'immédiatement après mon départ, la veille, après un effort de toux, il eut une sensation spéciale qu'il attribua à l'ouverture possible de sa plaie. Effectivement, en regardant ce pansement j'ai trouvé la plaie largement ouverte dans toute son étendue, à travers laquelle sortait une grande partie de la masse intestinale. Séance tenante, j'endormis le malade, ravivai les bords de la plaie dans toute son étendue, nettoyai les anses intestinales déjà agglutinées entre elles; j'ai réduit l'intestin et fermé la plaie par une suture en deux étages. Les suites de cette deuxième intervention furent des plus simples et la température ne remonta jamais au-dessus de 37°5. Au bout d'un mois, après la première intervention, le malade quitta le service pour rentrer chez lui, dans un état relativement bon. Il se nourrissait bien, gardait ses aliments, chose qui ne lui était pas arrivée depuis longtemps. Mais je dois ajouter que je lui fis, à partir du dixième jour de l'intervention, une série d'injections sous-cutanées de sucs spléniques en commençant par 10 cc. et allant jusqu'à 40 cc. par jour.

Sont-ce ces injections de sucs spléniques, est-ce l'enlèvement de la rate, toujours est-il que l'amélioration de l'état général de ce malade a été aussi rapide que surprenante après l'intervention.

Revu le 15 octobre dernier, c'est-à-dire neuf mois et demi après l'intervention, ce malade était dans un état excellent. Depuis longtemps, il a repris son métier de musicien ambu-

lant; l'examen du sang montre le taux normal aussi bien des globules rouges que blancs, et l'examen aussi méthodique que possible des régions ganglionnaires du corps ne permet de déceler aucune trace d'hypertrophie de ces derniers. La rate de ce malade pesait, immédiatement après l'intervention, 5 k. 750; je dirai, entre parenthèse, que c'est la plus volumineuse rate malarique qu'on a extirpée jusqu'à ce jour. Pesée le 15 octobre, alors qu'elle a perdu son sang, cette rate ne pesait plus que 3,410 grammes et présentait les dimensions suivantes: longueur 44 centimètres, largeur 30 centimètres, épaisseur 8 centimètres.

Observation II.

J. P...., 20 ans, entre à l'hôpital le 20 août. Débuts de l'affection, il y a six ans, par des fièvres intenses, se manifestant par des accès journaliers, ayant tous les caractères de fièvre palustre. Bientôt une cachexie très prononcée se montre et il commence à sentir des douleurs violentes dans l'hypocondre gauche, où il remarqua bientôt la formation d'une tumeur. Pendant ce temps, il eut de fréquentes épistaxis. Actuellement, le malade est dans un état de cachexie très prononcée; émacié, le tissu cellulaire cutané atrophié ainsi que les muscles, il a un aspect vieilli qui n'est pas en rapport avec son âge. La peau et les muqueuses pâles, les globules du sang diminués de nombre, n'en ayant que 2 millions par millimètre cube. L'abdomen très développé, on y trouve un foie augmenté de volume, surtout son lobe gauche, qui occupe l'épigastre et s'étend dans l'hypocondre gauche. L'abdomen contient un peu de liquide, les urines sont normales, en quantité, ne contiennent pas d'albumine.

La rate énormément augmentée de volume, elle occupe tout l'hypocondre gauche et descend jusque dans la fosse iliaque du même côté. Sa forme est rectangulaire avec le grand diamètre vertical, son bord antéro-interne est parallèle à la ligne médiane, qu'elle dépasse d'un centimètre; son extrémité supérieure correspond à la huitième côte, son extrémité inférieure s'appuie sur la fosse iliaque gauche; elle paraît mobile, sans adhérence avec les organes voisins, sans qu'on puisse pourtant la déplacer.

Le diamètre de l'abdomen au niveau de l'ombilic est de 72 centimètres. Le malade se plaint de vives douleurs abdominales, de grandes faiblesses; il peut à peine marcher et vaquer à ses occupations. Aussi il demande avec insistance l'intervention. Malgré son état de cachexie, malgré la forme hépato-splénique de l'infection, malgré le léger degré d'ascite et les accès de fièvre qu'il avait encore depuis son séjour à l'hôpital, je procédai à l'opération le 23 août 1896.

Je lui fais la laparotomie médiane, ne pouvant pas pratiquer l'incision latérale à cause de petites plaies qu'il présentait à ce niveau, plaies dues aux pointes de feu. Malgré cette incision peu favorable j'ai pu comme dans le cas précédent extirper cette volumineuse rate sans faire perdre au malade la moindre quantité de sang.

J'ai procédé en liant et sectionnant d'abord le ligament phréno-splénique, seules adhérences qui existaient dans ce cas et qui fixaient étroitement la rate à sa place normale. Ce n'est qu'après avoir libéré la rate à ce niveau, que je l'ai fait sortir par la plaie abdominale et procédé à la ligature et section du pédicule. Celui-ci était très large et très court, formé de vaisseaux très volumineux et très nombreux. Aussi la séparation et la ligature de chaque vaisseau à part a demandé beaucoup de précautions et même j'ai dû prendre, dans un des fils de ligature, la queue du pancréas qui adhérait trop intimement à l'artère et à une volumineuse veine splénique pour chercher à l'en détacher. Ce temps a été accompli assez vite, puisque toute intervention n'a duré que 15 minutes. La plaie abdominale a été fermée par une suture à deux étages, sans drainage. Les suites opératoires ont été simples; pourtant, dès le deuxième jour et pendant 4 jours de suite, le malade présenta une température élevée restant presque constamment à 39° avec légères oscillations. Cette température s'accompagnait pendant plusieurs jours de violentes et abondantes épistaxis. Ce n'est que le sixième jour que la température est complètement tombée et, à partir de ce moment, les traces de fièvre n'ont plus reparu. La réunion de la plaie s'est faite par première intention, la guérison opératoire a été très rapide. Aujourd'hui, le 15 octobre et depuis longtemps déjà, le malade se trouve dans un état général relativement excellent; on l'occupe dans le service à des travaux assez durs et on peut le considérer comme parfaitement guéri, aussi bien au point de vue opératoire que thérapeutique. La rate de ce malade pesait immédiatement après l'intervention 4 kil. 620; le 15 octobre, elle n'avait plus que 1.670 grammes. Ses dimensions étaient les suivantes: longueur: 33 centimètres, largeur: 22, épaisseur: 5 centimètres. J'ajouterai que sur ce malade j'ai commencé, dans ces derniers temps seulement, les injections de suc splénique. Après la première injection faite avec 25 cc. de suc, le malade a présenté un accès fébrile très intense et il est resté deux jours à près de 40 degrés; mais ensuite la température est tombée et nous nous proposons de continuer ces injections.

Ces deux observations prouvent que, tout au moins, dans les cas de rate malarique relativement peu adhérente, quand même elle serait très volumineuse, la splénectomie est parfaitement indiquée, alors que les moyens de traitement médicaux ont échoué. Je sais que la statistique n'est pas très engageante. En effet, si l'on consulte celle qu'en donne Oscar Vulpius dans son travail récent (*Beitrag zur klin. Chir.*, 1894, II, 663), on trouve:

Sur 26 splénectomies pour rate malarique, il y a 15 guérisons (57,7 0/0) et 11 morts (42,2 0/0), et encore parmi ces 26 cas il y en a quelques-uns de rate ectopique et petite dont le pronostic opératoire est certainement tout autre que celui des rates fixes et volumineuses. Il en est de même de la statistique d'Olgiati, qui rapporte dans sa thèse 47 faits, dit-il, de rate malarique avec 35 guérisons et 12 morts. Mais sur ces 35 guérisons, il y a 20 cas d'ectopie de la rate; aussi la proportion des succès de 74,4 0/0 tombe, si l'on défalque les rates ectopiées, à 59 0/0; même parmi les 33 observations de splénectomie par hypertrophie palustre, rapportées par cet auteur, qui ont donné 21 guérisons et 12 morts, nous trouvons, parmi les 21 cas de guérisons, 9 se rapportant à des rates en ectopie, tandis que, dans les insuccès, on ne trouve qu'une ectopie splénique. Il faut, je crois, éliminer complètement de la statistique de splénectomie pour rate malarique les cas d'ectopie splénique. En effet, dans ces derniers cas, l'opération est très facile et le nombre des guérisons doit se chiffrer par le nombre d'interventions. Il est, en effet, évident que ces rates déjà mobiles, munies d'un pédicule mince et long, ne présentent pas plus de difficultés à extraire que ces petits kystes ovaires flottant dans la cavité abdominale. Mes observations ont un autre intérêt que de prouver la possibilité et la bénignité de l'extirpation de la rate malarique, au point de vue opératoire et thérapeutique. En effet, pour les contre-indications de l'intervention dans ces cas, nous voyons les auteurs être d'accord sur les quatre suivantes: La cachexie, la leucémie, le trop grand volume de la tumeur, les adhérences trop étendues. Mes deux faits prouvent surabondamment que si les adhérences trop étendues et la leucémie peuvent rester encore des contre-indications, il n'en est pas de même de la cachexie et du volume de la rate. C'est ainsi que tombe cette loi posée par Péan, Adelmann et Vulpius, qu'au delà de 3 à 4 kilog., on doit s'abstenir d'enlever les grosses rates. Si, de même que l'a montré Tricomi dernièrement, les succès sont plus fréquents avec des rates de volume moyen, ne dépassant pas 1.000 gr., il n'en est pas moins vrai qu'on peut enlever des rates énormes comme dans mes deux cas.

* * *

Ma communication a aussi un autre but, c'est celui de faire connaitre les expériences que j'ai faites sur l'homme et sur les chiens pour chercher à déterminer le rôle de la rate.

Dans ce but, j'ai pratiqué six fois la splénectomie chez le chien et j'ai cherché à observer ce qui se passe chez l'homme dératé et les chiens opérés. D'abord, au point de vue de l'influence de la rate sur le nombre des globules rouges et globules blancs, je puis donner les chiffres suivants : chez mon second malade, chez lequel cette numération a été faite avec beaucoup de soin, elle m'a donné les résultats que voici : Avant l'opération, 22 août, globules rouges 2.600.000 ; blancs 6 000; proportion 1 : 350. Après l'opération, 25 août, globules rouges 2.300.000; blancs 14 000 ; proproportion 1 : 164. Le 27 août, globules rouges 2.100.000; blancs 17.000 ; proportion 1 : 127 — 124. 29 août, globules rouges 2.000.000, blancs 18.000; proportion 1 : 112.

1er *septembre*.	—	Globules rouges	2.600.000
		— blancs.	20.000
		Proportion.	1 : 130
4	—	Globules rouges.	3.150.000
		— blancs	24.000
		Proportion.	1 : 131
8	—	Globules rouges.	3.600.000
		— blancs.	25.000
		Proportion.	1 : 144
12	—	Globules rouges.	3.600.000
		— blancs.	28.000
		Proportion.	1 : 133
14	—	Globules rouges.	4.000.000
		— blancs	30.000
		Proportion.	1 : 133
17	—	Globules rouges.	4.200.000
		— blancs	30.000
		Proportion.	1 : 140
20	—	Globules rouges . . .	[illegible]
		— blancs	28.000
		Proportion.	1 : 135
23	—	Globules rouges.	4.200.000
		— blancs	35.000
		Proportion.	1 : 158
27	—	Globules rouges.	4.400.000
		— blancs.	16.000
		Proportion	1 : 275
5 *octobre*.	—	Globules rouges.	4.100.000
		— blancs	12.000
		Proportion.	1 : 342

Il y a donc une augmentation presque énorme des globules blancs relativement aux rouges pendant les premiers jours qui suivent l'intervention, mais, dans la suite, on voit que la proportion entre les globules blancs et rouges redevient normale. Aussi celle-ci étant de 1 : 350 avant l'intervention, elle redevient, deux mois après l'intervention, de 1 : 342. Ce qui est intéressant encore en examinant ce tableau, c'est que, alors que notre malade ne présentait que 2.100.000 globules rouges par millimètre cube avant l'intervention, il est arrivé deux mois après à 4.100.000, ce qui prouve que la splénectomie était parfaitement indiquée et que l'influence thérapeutique de l'intervention a été des meilleures. La même marche de l'évolution du sang, après la splénectomie se rencontre chez le chien.

Ainsi, alors qu'immédiatement après la splénectomie le chien présente 6.100.000 globules rouges et 10.000 globules blancs, proportion 1 : 610, deux mois après il ne présente plus que la proportion de 1 : 181, c'est-à-dire 5.800.000 globules rouges contre 32.000 blancs. Donc, il y a encore une augmentation des globules blancs, mais cette augmentation commence déjà à diminuer et c'est probable que, chez eux, cette diminution s'accentue comme chez notre malade. Du reste, cette évolution dans le rapport des globules rouges avec les blancs, après la splénectomie, concorde avec les résultats déjà connus.

Par un autre moyen, j'ai cherché, et je suis le premier à l'avoir fait, à déterminer le rôle de la rate. C'est en examinant le degré de toxicité des urines avant et après la splénectomie.

Ces recherches m'ont conduit au résultat suivant. L'urine du paludique, pendant la période d'accès de fièvre, est hypertoxique, 15 à 20 cc., par kilog. d'animal (lapin), injecté dans les veines, suffit pour le tuer. En dehors des accès, l'urine a sa toxicité normale, c'est-à-dire qu'avec les 60 cc. par kilog. d'animal, on arrive à le tuer. Après la splénectomie, chez l'homme aussi bien que chez le chien, l'urine devient hypotoxique, le coefficient urotoxique tombe à 90-120. Ces expériences prouvent surabondamment que la rate doit normalement éliminer des toxines de l'économie et les déverser dans le torrent circulatoire dont ils sont expulsés par la voie des urines. La rate absente, cette élimination ne se fait plus et les urines deviennent hypotoxiques. Ceci nous ramène à conclure ou que la rate élimine des toxines ou qu'elle en fabrique elle-même. Quoi qu'il en soit, j'ai essayé de remplacer cette rate par le suc splénique et de voir, si, après des injections répétées de ce suc, la toxicité des urines ne revenait pas à l'état normal.

Je dois dire que, dans deux cas seulement, le résultat a paru absolument positif ; l'urine du chien ainsi injectée ayant récupéré une toxicité à peu près normale; mais d'autres expériences ne m'ont pas donné le même résultat affirmatif. Aussi je poursuis ces recherches et ce n'est que plus tard que je pourrais donner des résultats plus complets.

En terminant ce travail, je crois pouvoir poser les conclusions suivantes: 1° Sauf les cas de leucémie, d'adhérences par trop étendues et de cachexie trop profonde, la splénectomie est toujours indiquée dans le cas de rate malarique quel que soit son volume. Bien entendu, alors que les traitements médicaux ont échoué; — 2° dans l'acte opératoire, il faut procéder de la manière suivante: tout d'abord, il faut détruire les adhérences normales ou pathologiques qui fixent cet organe au diaphragme. Il faut se rappeler qu'on y trouve souvent des vaisseaux assez importants et que c'est ordinairement entre deux ligatures qu'il faut les couper. Ce n'est qu'après avoir complètement libéré l'extrémité supérieure de l'organe qu'on procédera à la ligature et section du pédicule, après avoir fait sortir la rate hors de la cavité abdominale. Pour cette ligature, il faut procéder vaisseau par vaisseau, ne pas se servir de clamps et de pinces qui peuvent provoquer des déchirures et amener une hémorragie mortelle. Pendant tout ce temps de l'opération, il faut s'abstenir des tractions intempestives sur la rate, tractions qui ont pour résultat de la déchirer par places, d'où hémorragies très difficiles sinon impossibles à arrêter; — 3° la splénectomie, dans ces cas, est une opération relativement bénigne et les résultats opératoire aussi bien que thérapeutiques sont excellents; — 4° c'est une erreur de confondre la rate malarique développée sur place et maintenue par ses moyens normaux de fixité avec les rates mobiles, flottantes, même si elles sont plus ou

moins hypertrophiées. Laborieuses et délicates dès le premier cas, l'intervention est simple et des plus faciles, dans le deuxième cas; — 5° après l'enlèvement de la rate malade, il est indiqué de pratiquer comme j'ai eu l'occasion de le faire le premier les injections du suc splénique qui m'ont donné des résultats excellents; — 6° pendant les accès de fièvre, l'urine des paludiques est hypertoxique; en dehors des accès, elle a sa toxicité normale; après la splénectomie, elle devient nettement hypotoxique, ce qui prouverait le rôle de la rate dans l'élimination et peut-être l'élaboration des toxines; — 7° la splénectomie paraît avoir une influence très heureuse sur l'infection paludique; elle a pour effet d'augmenter très sensiblement le nombre des globules rouges du sang et quant à la proportion relative des globules rouges et blancs, elle tombe peu de temps après l'intervention au taux normal. — De tout ceci, il résulte que dans la cachexie paludéenne compliquée de rate hypertrophiée, le seul traitement quand les autres médicaments ont échoué, c'est la splénectomie.

Depuis cette communication, faite au X[e] Congrès de Chirurgie de Paris, j'ai pratiqué encore cinq fois la splénectomie : quatre fois pour mégalo-splénie palustre et une fois pour un énorme kyste hydatique suppuré de la rate. — 1[er] *cas* : Garçon, 12 ans, opéré le 14 novembre; rate, 2 k. 460 ; guérison ; — 2[e] *cas* : Fillette, 16 ans, opérée le 21 novembre ; rate, 1 k. 770 ; guérison ; — 3[e] *cas* : Homme, 50 ans, opéré le 28 décembre ; rate, 3 k. 350; mort le septième jour à la suite de l'ouverture spontanée de la plaie abdominale, hernie de l'intestin et péritonite consécutive ; — 4[e] *cas* : Garçon, 18 ans, opéré le 29 décembre, rate, 1 k. 650, guérison ; — 5[e] *cas* : Homme, 24 ans, opéré le 14 décembre, énorme *kyste hydatique suppuré* de la rate, contenant trois litres de pus; splénectomie, guérison. — Dans tous les cas, la rate était fixe. Dans deux cas (3[e] et 5[e]), très adhérente, véritable symphyse phréno-splénique ayant nécessité la destruction partielle du diaphragme et l'ouverture de la plèvre en deux points. Dans ces cas, j'ai observé la même marche des globules rouges et blancs et la même hypotoxicité urinaire après l'opération, comme dans les deux observations rapportées dans ce travail (Note du 31 janvier 1897).

Le Charlatanisme en pied dans les Hôpitaux de Berlin. — On a annoncé la mort du général de Lippe, aide de camp général de l'empereur, et chef de division du cabinet militaire impérial. Cette mort a été accompagnée de circonstances tout à fait curieuses. Le général tomba malade au mois de janvier dernier ; les meilleurs médecins de Berlin furent envoyés à son chevet par l'empereur, qui aimait beaucoup le général de Lippe ; la cuisine impériale reçut l'ordre de fournir des aliments choisis au malade et la cave du chateau ses meilleurs vins. A plusieurs reprises, Guillaume II visita son aide de camp et se fit faire un rapport par les Pr[s] Edwald et Jolly sur la maladie du général de Lippe. Ces deux célébrités médicales conclurent à une maladie de la moelle épinière, grave, il est vrai, mais laissant de l'espoir. On transporta le général à l'hôpital Augusta ; au mois de mars, son état ayant empiré, sa femme prit sur elle de congédier les médecins, disant que seul, un M. Goessel, de Dresde, s'intitulant guérisseur par la « méthode naturelle », pouvait soulager son malheureux mari. Naturellement les médecins se retirèrent, l'affaire fit scandale, mais une haute intervention permit au général de Lippe de rester à l'hôpital Augusta où il reçut les soins de ce M. Goessel, qui a lui-même expliqué dans une brochure comment il diagnostiquait les maladies : en examinant les chaussettes longtemps portées par les malades, ainsi que leurs bagues ! A partir de ce moment, les forces du général déclinèrent rapidement ; le dernier coup fut porté lorsque Goessel, redoutant qu'on lui arrachât son malade, le fit transporter dans sa maison de santé à Dresde, il y a quelques semaines. — On voit qu'il n'y a pas qu'en France où les pères *Guernoche* abondent et jouent un certain rôle !

THÉRAPEUTIQUE

Examen du sang de sujets myxœdémateux ;

Par M. H. Vaquez, médecins des hôpitaux (1).

M. le D[r] Bourneville a bien voulu s'en remettre à nous du soin d'examiner le sang de sujets myxœdémateux et de noter les modifications que la maladie et son traitement pouvaient y déterminer. Nos études ont porté sur sept sujets, les uns adultes, les autres plus jeunes ; mais nos observations n'ont trait aujourd'hui qu'à deux de ces derniers, les nommés B... et K... âgés de 4 ans et de 5 ans, dont l'observation vient d'être communiquée à la Société.

	18 déc. 1895 Avant le traitement.	29 janv. Après le traitement.	15 mars.	27 juillet.
Nombre des globules rouges	2.204.000	2.088.000	2.490.000	2.842.000
Taux de l'hémoglobine......	58	80	75	75
Valeur hémoglobinique (par million de globules).......	26 μ g.	38 μ g.	30 μ g.	26 μ g.
Diamètre globulaire.........	8 μ 24	8 μ 11	7 μ 90	7 μ 91
Leucocytes..................	8.000	8.400	7.200	10.000

(Appareils de M. Malassez).

En même temps, la courbe des diamètres globulaires se modifiait sensiblement, car si l'on compare les deux dates extrêmes (18 décembre-27 juillet), on voit que la seconde ligne, à sommet beaucoup plus abaissé, à ouverture d'angle beaucoup plus grande, à maxima et minima plus étendue, est bien celle que l'on voit d'ordinaire dans les processus de rénovation du sang. Cela est en rapport avec l'accroissement du nombre des globules, si manifeste à ce moment (*Fig.* 39). L'examen de préparations sèches, colorées à l'éosine et à l'hématéine a donné parallèlement les résultats suivants :

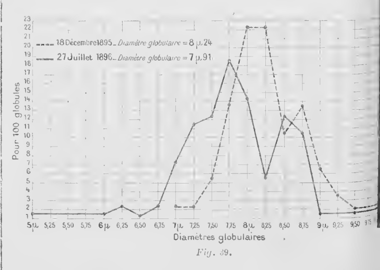


Fig. 39.

Le 18 décembre, quelques globules rouges, nucléés en petit nombre, peuvent être vus dans les préparation; son n'en retrouve pas dans les examens ultérieurs.

Les variations des leucocytes sont peu accentuées ; comme on le voit, d'après le tableau précédent, leur nombre total est sensiblement égal à la normale. Le rapport des variétés de globules blancs entre elles

(1) Travail du Laboratoire d'histologie du Collège de France, lu à la *Société médicale des hôpitaux*, séance du 22 janvier.

n'a présenté que de légères différences. Cependant, en procédant à la numération sur des chiffres importants de leucocytes (300 à 400), comme l'a bien recommandé récemment Jolly (*Arch. de méd. expérimentale*, juillet 1896), on voit que, le 18 décembre, le rapport des mononucléaires aux polynucléaires est de 28 °/₀, alors que, le 15 mars, il est de 46 °/₀ : L'augmentation s'est faite surtout par l'apparition plus fréquente de grands mononucléaires à protoplasma peu coloré. Nous avons déjà signalé ce fait dans une communication précédente (1).

Le deuxième cas a donné des résultats différents :

	18 déc 1895	29 mars 1896	27 juillet.
Kram...			
Nombre de globules.	3.500.000	3.200.000	4.050.000
Taux de l'hémoglob.	110	115	120
Valeur hémoglobinique.	31 μ g.	34 μ g.	28 μ. g.
Diamètre globulaire..	7 μ 8	7 μ 7	7 μ 9
Appareils de M. Malassez.			

Malgré les différences observées, et même à cause d'elles, ce cas est extrêmement intéressant pour les raisons suivantes : chez l'enfant observé, il existait, au début des accidents, une cyanose très marquée des extrémités ; plus tard, à la suite du traitement, cette cyanose avait diminué sans disparaître entièrement, et elle reparaissait rapidement sous l'influence des efforts et des cris. L'enfant, extrêmement indocile et peureuse, présentait, sous l'influence de ses mouvements, une variation rapide dans la coloration du sang du doigt et même de sa composition, car des examens, répétés à de courts intervalles, ne donnaient pas de résultats comparables au point de vue de la teneur totale en hémoglobine et du chiffre des hématies. C'est un exemple très manifeste de l'importance qu'il faut accorder aux variations locales de la circulation, fait sur lequel le professeur Hayem a bien insisté. Dans le cas présent, ces variations peuvent nous expliquer la raison de la divergence des auteurs, relativement à la composition du sang chez les myxœdémateux.

Tout d'abord, il est certain que le *nombre des globules rouges*, pour la raison précédente, peut varier dans d'assez fortes proportions. Sous l'influence du traitement, on voit parfois, dans les premiers jours, le chiffre des hématies s'abaisser. C'est ce que nous avons constaté chez Borj... et chez d'autres sujets. Il ne faudrait pas croire à une hypoglobulie par anémie. La disparition de la cyanose digitale, lorsqu'elle existe, l'activité plus grande de la circulation et la diminution de la stase périphérique expliquent parfaitement ce fait en apparence paradoxal. Quant au chiffre total des globules rouges, il peut être augmenté, normal, ou abaissé. Lorsqu'il est augmenté, cela est toujours en rapport avec une stase locale. Chez l'adulte, il peut être normal comme Krœpelin, Schotten l'ont remarqué. Chez l'enfant, en dehors de ce cas spécial, il est habituellement abaissé, et, un des effets du traitement, est de le relever progressivement ; mais ce relèvement n'est pas très rapide ; il faut, pour le produire, que le traitement soit longtemps prolongé, et il est toujours postérieur à l'augmentation de la valeur hémoglobinique.

L'abaissement du chiffre de l'hémoglobine chez les myxœdémateux, son augmentation à la suite du traitement, ont été signalés par Mendel, Lichtenstein, Schotten, Masoin et nous-même. L'examen du sang de B... donne un résultat conforme à ce qui a été avancé. Les mêmes modifications ont été constatées également sur deux autres myxœdémateux du service de M. Bourneville : Gan... âgée de 14 ans et Wa... âgée de 20 ans. Dans le premier cas, le chiffre de l'hémoglobine, par million de globules rouges, passa de 27 μ g. à 38 μ g. ; dans le deuxième de 32 μ g. à 34 μ g. Il ne semble donc pas douteux que le chiffre de l'hémoglobine soit diminué, d'une manière absolue et relative, dans le sang des myxœdémateux et qu'un des premiers effets du traitement soit de le relever. Masoin a constaté des modifications analogues chez les animaux thyroïdectomisés. L'importance de ces conclusions n'échappera à personne, car celles-ci sont capables d'expliquer plusieurs des phénomènes cliniques propres au myxœdème. Seules, les conditions de la circulation locale sont capables, dans certains cas, de modifier les résultats.

Ce n'est pas tout. Krœpelin a signalé, et nous avons noté après lui, l'*augmentation du diamètre globulaire* chez les myxœdémateux. Nos récentes observations confirment encore cette donnée. Chez B..., avant tout traitement, le diamètre globulaire atteignait 8 μ 24, chiffre tout à fait insolite. Ultérieurement, il descendit à 8 μ 11 puis à 7 μ 90, pour se maintenir à ce chiffre encore très élevé. Chez Kr..., il varia de 7 μ 8 à 7 μ 9. Dans le cas rapporté précédemment par nous, la moyenne, avant le traitement, était de 8 μ 10.

Dans cette même communication, nous avons expliqué assez longuement la méthode suivie par nous, d'après les conseils de notre maître, M. Malassez, pour qu'il soit inutile de la rappeler ici. Cette méthode donne, on le sait, une approximation presque parfaite, puisqu'elle permet de réduire l'écart d'erreur à un dixième de μ environ. Nous dirons de plus que l'augmentation de volume constatée ne peut pas tenir à la concentration du sang, car elle diminue lorsque le chiffre des globules augmente sous l'effet du traitement. Elle ne tient pas non plus à une surcharge anormale en hémoglobine, puisque des modifications inverses, analogues à la précédente, ont toujours été constatées. Le fait signalé par Krœpelin et par nous-même paraît donc avoir une signification réelle et constante jusqu'à présent, parmi les altérations constatées par les auteurs, dans le sang des myxœdémateux.

Nous avons, d'autre part, attiré l'attention sur la *présence de globules rouges à noyaux* dans le sang de ces malades. Nous l'avions signalée dans le cas rapporté devant la Société, avec M. Lebreton. Nous l'avons retrouvée encore dans la première de nos observations. Avant le traitement, le sang de B... contenait, en très petit nombre il est vrai, des hématies nucléées.

(1) Un cas de myxœdème infantile. Modifications du sang, par MM. Lebreton et Vaquez.— *Soc. méd. des Hôpitaux*, 11 janvier 1895.

Nous avons eu l'occasion de confirmer encore ce fait dans un cas de myxœdème chez un adulte, observé avec notre ami le Dr Regnault. L'examen de nombreuses préparations sèches nous a permis de retrouver plusieurs de ces éléments. Ceux-ci, comme on le sait, ne se retrouvent jamais, ou pour ainsi dire jamais dans le sang, après la naissance. En dehors de l'anémie extrême, où ils sont rares, de la leucémie où ils peuvent être très abondants, on n'en connait guère d'autres exemples. Ce fait a donc une réelle valeur. Après le traitement, il nous a été impossible de retrouver des globules rouges nucléés dans le sang de nos malades.

Quant aux *variations des globules blancs*, nous n'en dirons que quelques mots. La leucocytose constatée au début par Mendel, Schotten, etc., n'a pas été retrouvée par nous. Dans le cas de B... nous avons noté, après le traitement, une modification dans le rapport des divers éléments et une augmentation très manifeste des grands mononucléaires relativement au chiffre des polynucléaires. Nous avons antérieurement rapporté une observation identique. Dans les autres cas, nous n'avons pas pu arriver à une conclusion formelle. Disons seulement que le chiffre des leucocytes éosinophiles ne nous a pas paru présenter de modifications, si ce n'est chez un myxœdémateux adulte où il était augmenté.

Bien que nos observations aient porté jusqu'ici sur un nombre déjà considérable de myxœdémateux, puisque nous avons pu en examiner neuf, il serait téméraire d'en tirer des conclusions définitives. Il y a des faits qui paraissent acquis et que nous avons signalés au cours de ce travail, d'autres seront probablement rapportés. Nous continuerons nos recherches sur ce sujet, en y joignant l'expérimentation, persuadé que l'on pourra en tirer d'intéressantes déductions au point de vue de la physiologie pathologique du myxœdème et de la physiologie normale du corps thyroïde.

Discussion qui a suivi, à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, *la communication de* M. VAQUEZ.

M. HAYEM. M. Vaquez a trouvé chez les myxœdémateux des globules rouges à noyau avec une anémie du deuxième degré; la fréquence des globules à noyau est d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune.

Chez l'adulte, les globules nucléés n'apparaissent que si l'anémie atteint le troisième et surtout le quatrième degré, à moins qu'il n'y ait une altération des organes hématopoiétiques. Il semble donc que les myxœdémateux soient des infantiles ayant conservé une aptitude particulière à former des globules rouges à noyau.

M. VAQUEZ. Je ne saurais dire si la présence de globules nucléés dans le sang des myxœdémateux est véritablement constante. Mais je ne crois pas qu'elle soit toujours imputable à la seule anémie, car je l'ai aussi constatée chez un myxœdémateux adulte très faiblement anémique.

M. MARIE. Les deux enfants présentés par M. Bourneville avaient, quand on commença leur traitement, de trois à quatre ans. Le résultat est assurément remarquable; mais les myxœdémateux ne sont pas toujours aussi facilement modifiables; j'ai eu un insuccès complet chez deux malades de deux ans à trois ans et demi. Il est vrai que tous deux étaient albuminuriques, qu'ils avaient le pouls très fréquent, toutes mauvaises conditions pour tolérer le traitement thyroïdien. Je trouve que la dose employée par M. Bourneville, près de 1 gramme, est considérable, car j'ai eu des accidents chez ces deux jeunes enfants avec 25 centigrammes.

M. DEBOVE. M. Bourneville a-t-il observé des accidents ?

M. BOURNEVILLE. Oui, dans la première série de cas que j'ai traités. Chez un malade de trente et un ans, j'ai observé du tremblement, l'accélération du pouls à 130, une tendance à la syncope et au refroidissement, l'affaiblissement des jambes, etc.

M. DEBOVE. Il est important de signaler ces accidents, parce que je connais des cas traités par le corps thyroïde suivis de mort et qui n'ont pas été publiés.

M. BOURNEVILLE. Vous avez parfaitement raison. Dès que des symptômes un peu inquiétants apparaissent, j'ai soin de suspendre le traitement : c'est ce qui ressort des détails de mes observations.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance chirurgicale gratuite dans les campagnes.

DEUXIÈME ARTICLE.

Dans un précédent article (1), j'ai indiqué aussi nettement que possible le but que je poursuis, en proposant une organisation nouvelle pour l'assistance chirurgicale gratuite dans nos campagnes.

Avant d'indiquer le remède que je propose aux maux dont on souffre, je voudrais, par quelques exemples, choisis au hasard parmi les cas que j'ai observés moi-même en Vendée, montrer quelle est l'étendue et l'importance sociale du fléau que j'entends combattre. Certes, on pourra m'objecter que jusqu'ici la terre a parfaitement tourné, sans que personne n'ait jamais songé aux conséquences des faits que je vais rapporter; je l'avoue humblement, tout en en étant fort peiné. Mais est-ce une raison pour rester dans le *statu quo*? Autant vaudrait alors déposer de suite son tablier, aux pieds des Lois qui nous régissent de si hautaine façon !

Revenons au domaine de l'observation. Dans une commune de quelques milliers d'habitants, qui dispose de quelques centaines de francs au budget de l'assistance médicale gratuite, apparaît tout à coup un vulgaire cancer du sein chez une femme indigente, qui, en bonne santé, peut à peine gagner sa vie. On ne peut décemment laisser cette malheureuse en des mains inexpérimentées (commères, charlatans, rebouteurs, etc.), ni même en celles du médecin traitant ordinaire (celui de l'assistance médicale gratuite, habitant à plusieurs kilomètres), qui est dans l'impossibilité absolue de l'opérer.

Il faut donc aviser et s'adresser à l'hôpital le plus rapproché et non pas à un grand hôpital, dans une ville voisine, car on est obligé de tenir compte des nécessités budgétaires dans une très notable mesure. Il en résulte que la patiente est hospitalisée pour quelques jours dans un de ces nombreux établissements, dirigés par les sœurs, qui sont les seules ressources de nos campagnes. Or, personne n'ignore que, là dedans, la chirurgie moderne est parfaitement inconnue, et pour cause... Les locaux sont d'une saleté incommensurable; la salle d'opérations, quand elle existe, est d'un rudimentaire achevé. Et le médecin qui y opère, — car le chirurgien spécialisé n'y a pas, forcément, encore été inventé —, est toujours un fort digne homme, un brave praticien d'une honorabilité parfaite, mais un opérateur dont les mains sont plus accoutumées à manier le fouet et les rênes que le bistouri ou l'aiguille à suture !

(1) *Progrès médical*, 20 février 1897.

Qu'en résulte-t-il? Quand un cancer du sein doit être enlevé, souvent la plaie suppure; souvent l'érysipèle survient, à supposer qu'aucun autre accident ne se montre... D'où immobilisation de la malade, dans un hôpital, pendant de trop longs jours. Or, qui paie les pots cassés? La commune ou le budget de l'assistance médicale gratuite! Tout le monde a fait son devoir: le médecin traitant, la commune, et l'opérateur lui-même ont fait tout ce qu'ils ont pu. Et pour aboutir à quoi? A rien ou presque rien! Pourquoi? Exclusivement, parce qu'il y a une lacune, trop évidente aujourd'hui, dans notre organisation hospitalière, qu'administrent pourtant d'une façon si intense M. le Ministre de l'Intérieur, M. le Directeur de l'Hygiène publique en France, MM. les Inspecteurs généraux, MM. les Préfets et Sous-préfets, etc., etc., et tout récemment MM. les Sénateurs (1)!

Supposons maintenant, par exception, que notre cancer du sein ait été opéré aseptiquement. La malade sort au bout de trois ou quatre semaines. Mais voilà que bientôt l'affection récidive. Tout est à recommencer. A qui la faute? Mettons que 99 fois sur 100 (chiffre beaucoup trop élevé évidemment), c'est la faute du cancer; mais, au moins une fois sur 100, on admettra bien avec moi que cela peut tenir à ce que notre excellent confrère de campagne, peu habitué aux hardiesses de la chirurgie actuelle, n'a pas osé porter le bistouri jusque dans le fond de l'aisselle de sa malade. Cela s'est vu, même à Paris; par conséquent, cela peut se voir en rase campagne. L'argument, quoique de faible valeur et devant avoir un coefficient variable avec chaque personne, n'en demeure pas moins réel et il faut compter avec lui. Ce qui prouve que, pour opérer un sein, il faut être habitué à en manipuler...

Choisissons un autre cas, par exemple une fracture compliquée ou un arrachement du bras. Mais cela nous entraînerait trop loin aujourd'hui et je réserve pour un bulletin ultérieur l'histoire mouvementée d'une blessure de ce genre. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 mars 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DUPUY.

M. DÉJERINE rapporte *deux cas de maladie de Little* avec leur autopsie. Premier malade, 78 ans, meurt de pneumonie. Ce malade, depuis sa naissance, avait la démarche spasmodique, l'exagération des réflexes tendineux, l'intégrité des sphincters et de l'intelligence. Presque chaque mois, il avait des convulsions épileptiformes. *Autopsie.* Intégrité de la moelle, sauf une double porencéphalie de la région rolandique supérieure. De chaque côté de la scissure de Rolando, part une zone qui de la corticalité gagne le ventricule. A l'œil nu, rien à la moelle, et au microscope, hyperplasie de la névroglie avec diminution nette des pyramides. — Deuxième malade, 47 ans, mort d'infection: pendant la vie, rigidité spasmodique des quatre membres avec prédominance à gauche; il pouvait cependant se servir de ses membres supérieurs. Pas de strabisme: intelligence intacte. *Autopsie.* Intégrité de la corticalité cérébrale et de la capsule interne. Moelle petite, comme celle d'un enfant de 8 ans; à la coupe, existence d'une virgule grise tranchant nettement sur la substance blanche des cordons latéraux. L'examen histologique de près de 3.000 coupes montre une tache scléreuse dans toute la hauteur des cordons latéraux, sclérose qui semble secondaire à une plaque névroglique coupant au niveau des première et deuxième paires cervicales, les deux cornes postérieures contenant de nombreux vaisseaux à parois épaissies; pas de sclérose des cordons postérieurs; lésion purement vasculaire

M. JOSUÉ rappelle que l'*obstruction de l'appendice vermiculaire* peut déterminer la suppuration de ce point qui devient cavité close; mais sur des lapins il a déterminé l'appendicite par inoculation intra-veineuse du streptococcile isolé par M. Charrin dans des cas d'appendicite épidémique de lapins de laboratoire. Dans aucun de ces cas, il n'a été nécessaire de déterminer par traumatisme ou autrement, un point d'appel local.

M. THIROLOIX a retrouvé, dans deux cas de *rhumatisme articulaire aigu*, le bacille anaérobie décrit par Achalme.

M. ACHALME rapporte un nouveau cas où il a retrouvé ce bacille.

M. ROGER. — Pour déterminer des *fausses membranes diphtériques*, il n'est pas nécessaire de réaliser le processus expérimental : lésion de la muqueuse et bacilles vivants de diphtérie. Les toxines diphtériques injectées dans le larynx déterminent chez les lapins l'intoxication diphtérique.

M. L. LÉVY a trouvé à l'autopsie d'une malade morte de la *maladie de Paget* une sclérose d'origine vasculaire diffuse, à prédominance sur les cordons de Goll, de la zone radiculaire postéro-interne, des faisceaux pyramidaux croisés intéressant également les faisceaux cérébelleux droits. Toutefois ce sont plutôt les lésions de la moelle sénile que celles qui sont caractéristiques de l'ostéite déformante de Paget.

M. PHISALIX au nom de M. COURMONT (de Lyon) montre que le sérum de Marmoreck n'immunise pas le lapin contre le *streptocoque de l'érysipèle.*

M. DASTRE démontre la transformation de la *bilirubine en biliverdine* par une oxydose ferment de la bile qui fournit l'oxygène; mais il faut pour cela addition de chaleur et de lumière.

M. NICAISE expose un procédé de *dosage de l'alcool dans le sang.* A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Entérocolite et appendicite.

M. RECLUS rapporte cinq observations, recueillies en quelques jours, d'appendicites manifestement consécutives à l'entérocolite. Il aurait pu multiplier ces exemples. Le rôle de la lithiase intestinale, si brillamment exposé par M. Dieulafoy dans la dernière séance, est donc trop exclusif. Pour M. Reclus, l'inflammation de l'appendice reconnaîtrait trois ordres de causes : dans une première catégorie il range les appendicites de cause locale, celles qui succèdent à la présence d'un corps étranger dans l'appendice, cause peu négligeable; si M. Reclus en croit sa petite statistique personnelle, ils se montreraient une fois sur quatre. La deuxième catégorie renferme des appendicites consécutives à une inflammation intestinale, à une entérocolite propagée à l'appendice et les observations précédentes en ont montré la fréquence. Enfin la troisième catégorie, fort mal connue encore, mais indiscutable, comprend les appendicites provoquées par une infection générale, localisée à l'appendice. Golutoff a vu l'appendicite succéder à la grippe, Merklen cite trois cas d'appendicite survenue au cours d'une amygdalite et Jalaguier un cas consécutif à un état infectieux d'ordre indéterminé. On le voit, d'après cette théorie, l'appendicite n'aurait rien de spécifique : elle serait la suite, la conséquence, l'aboutissant d'un très grand nombre de causes banales, et l'inflammation redoutable qui la caractérise, tiendrait

(1) Voir la discussion récente au Sénat sur la *Loi sur la Santé publique*, qui est mort-née.

son allure spéciale, et d'une gravité si particulière de la forme de l'appendice, sorte de fistule borgne naturelle, où les liquides organiques stagnant exaltent leur virulence au voisinage du péritoine dont l'inoculation possible constitue un péril permanent.

Du rôle de la fibrine dans les inflammations des séreuses et du tissu conjonctif.

M. Cornil montre l'importance du milieu de soutien constitué par la fibrine épanchée dans les inflammations. Cette fibrine se vascularisant constitue le lien entre les deux surfaces séreuses pour la formation des néocapillaires et des néovaisseaux. Des phénomènes identiques s'observent dans les cicatrices de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané, des muscles, du poumon, du foie, etc. Les anastomoses des cellules et la genèse des vaisseaux ont lieu dans une gangue fibrineuse. Dans une coupure même superficielle de la peau intéressant la surface du derme, il y a toujours de la fibrine interposée entre les deux plans de la section, même lorsque la guérison a lieu par première intention (Ranvier). Les plaies du poumon dues à la pénétration d'un trocart présentent les mêmes phénomènes. Même dans les inflammations à marche plus lente (végétations, bourgeons le rôle de la fibrine intervient.

Les huîtres et la fièvre typhoïde.

M. Joannes-Chatin lit un rapport sur une observation du Dr Mangenot, confirmant le rôle des huîtres dans la propagation de la fièvre typhoïde, rôle récemment signalé par M. Chantemesse. Les parcs à huîtres sont en général installés dans d'assez bonnes conditions; mais M. Chatin insiste sur les dangers qui peuvent résulter de la pratique suivie par quelques ostréiculteurs de mélanger — pour engraisser les huîtres — à l'eau de mer des eaux saumâtres.

M. Chatin père donne les résultats de l'enquête faite au Ministère de la Marine. De tous les parcs examinés, ceux de Granville seuls ont donné lieu à une critique basée sur ce qu'à certains moments ils reçoivent l'eau d'un ruisseau qui traverse le pays. Mais, de mémoire d'hommes, il n'y a pas eu d'accidents imputables aux huîtres de Granville.

Evidement pétromastoïdien dans l'otite sèche.

Ce travail de M. Malherbe est renvoyé à une commission, dont le rapport sera ultérieurement déposé.

Elections.

Au cours de la séance, MM. Coni (de Buenos-Ayres) et Janssen (de Bruxelles) ont été nommés correspondants étrangers.

L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante de correspondant national (1re division). — Voici l'ordre de classement : M. Debierre (de Lille); 2e ligne, M. Renou (de Saumur); 3e ligne, MM. Vidal (d'Hyères), P. Lemaitre (Limoges); 4e ligne, MM. Marvaud (de Toulouse), Bertin (de Nantes).

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 mars 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Fistule vésico-vaginale.

M. Ricard. — Le procédé qu'il emploie a été déjà publié. Il ne relèvera donc que des points de détail. Le premier temps, un des plus importants, est l'abaissement de la fistule à la vulve. Il est plus ou moins complet, suivant l'état des tissus. C'est sans valve qu'il faut pratiquer cet abaissement, en fixant les parties latérales avec deux pouces. L'avivement est le second temps; il consiste à rendre mobiles et flottantes les lèvres de la fistule; ce n'est pas tant la forme des lambeaux qui importe que leur mobilisation soit large. A droite et à gauche, il incise la muqueuse, puis dédouble en haut et en bas, de façon à former deux lèvres flottantes; au fond sont les bords de la fistule vésicale. Il ne s'occupe pas de la fistule elle-même et prend les lèvres disséquées; ce sont elles qu'il serre et suture. Elles forment une occlusion suffisante et complète. La suture est faite avec des fils d'argent gros, tordus d'un nombre égal de tours. Ces fils restent au plus 8 à 10 jours. A ce moment, si le vagin a été réellement aseptisé, on trouve une suture sèche analogue à une suture de la peau.

M. Lucas-Championnière. — Il y a beaucoup de l'habitude du chirurgien dans le procédé choisi pour opérer la fistule vésico-vaginale. Il faut savoir que les tissus ne réagissent pas chez toutes les malades de même manière. Il y a une question de sujet fort importante. Il arrive chez certaines que, même après cicatrisation, et longtemps après, une nouvelle fistule se fait par destruction de la cicatrice. La fermeture d'une fistule vésico-vaginale peut être suivie de la production d'une telle quantité de calculs qu'il faut ouvrir de nouveau et reconstituer la fistule. Pawlik (de Vienne) abaisse la fistule d'une façon étonnante. Il y a, paraît-il, à Vienne, beaucoup de fistules vésico-vaginales; ce qui veut dire qu'à Vienne, d'après l'orateur, les accouchées sont beaucoup moins secourues qu'en France par des médecins habiles.

M. Berger. — L'indication de découvrir largement les lèvres de la fistule, d'abaisser complètement la fistule est nécessaire; mais il ne semble pas qu'elle puisse, dans la majorité des cas, être remplie.

M. Quénu. — La nécessité de mobiliser paraît inéluctable; mais, à l'inverse de M. Ricard, il suture la lèvre vésicale, en laissant le fil en dehors du contact de l'urine. Il croit que le choix de la substance du fil n'est que secondaire. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'enlever le tissu fibreux qui forme un véritable bloc et empêche d'abaisser et de réunir les lambeaux pour occlure la suture.

M. le Dr Delagenière (du Mans), lit un travail sur l'*exploration intra-stomacale* et sur un cas de *rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et de l'estomac traité par la gastrostomie* (1).

Ostéomyélite des phalanges et panaris phalangettien.

M. Kirmisson. — Ces panaris ont été décrits autrefois par Gosselin sous le nom de panaris de la phalangette. Il a eu l'occasion de voir un malade qui avait eu plusieurs foyers d'ostéomyélite et qui présenta un jour une petite saillie blanche douloureuse, sous le bord de l'ongle, on pouvait croire à une tourniole. Il introduisit un stylet qui le conduisit sur un os malade.

M. Brun présente un enfant chez lequel il a pratiqué une *cholécystentérostomie*.

M. Broca présente des dessins ayant trait à une *dilatation du canal cholédoque sans oblitération de l'ampoule de Vater.*

Elections. — M. Hartmann a été élu membre de la Société de Chirurgie, au second tour de scrutin, par 18 voix sur 34 votants.

M. B.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 4 mars 1897. — Présidence de M. O. Beauregard.

M. Letourneau transmet une demande d'*instructions* formée par un médecin belge résidant au Congo. — Une discussion s'engage à ce propos sur les mensurations jusque-là demandées aux voyageurs. Celles-ci sont inutilement compliquées et trop nombreuses. On ne peut que s'en tenir, jusqu'à nouvel ordre, aux *instructions* de Broca. Mais une rédaction nouvelle serait opportune. Et, comme chaque observateur aurait besoin de quelques pratiques pour obtenir des résultats valables en simplifiant les méthodes, il est essentiel de recommander l'envoi de pièces, de crânes, de préférence à des mesures sur le vivant.

M. Chervin présente un travail de M. le Dr Marty sur le *développement physique des jeunes conscrits.* Les observations portent sur 10.600 jeunes hommes de 18 à 26 ans. Les résultats, dans leur moyenne, sont ce qu'on pouvait prévoir. En faisant le départ des âges, M. Marty a établi que, quoique

(1) Ce travail sera publié dans les *Archives provinciales de Chirurgie* d'avril 1897. Nous renvoyons nos lecteurs à cette revue.

plus jeune, les engagés volontaires, en raison de la sélection dont ils sont l'objet, sont d'une constitution supérieure à la moyenne. Les conscrits de 21 à 22 ans, ajournés une première fois, sont dans des conditions de force et de santé inférieures à la moyenne. Au total, sur 10.600 conscrits, 1.200 seulement, soit 10 0/0 sont d'une constitution très bonne. 49 0/0 ont une constitution bonne. Les autres, 40 0/0, apparaissent comme de santé peu satisfaisante, quoique, sur leur nombre, 10 0/0 seulement soient dans un état franchement médiocre. M. Chervin voudrait qu'on n'admît pas ceux-là dans l'armée où ils ne sont que des non-valeurs.

M. Collignon, ayant une longue expérience comme médecin militaire, estime que la question est très complexe. Ainsi la plupart des citadins, par exemple, ont mauvaise apparence. Ils sont pâles, souvent maigres et peu robustes. Cependant, ils n'ont rien aux poumons, rien au cœur. On aurait tort de ne pas les admettre. Il y en a parmi eux dont le périmètre thoracique augmente au bout de peu de mois et qui gagnent en force et en santé. Il arrive, d'autre part, que des jeunes gens dont les apparences sont satisfaisantes au moment de la révision, périclitent assez rapidement. Il faudrait les suivre pour les renvoyer à temps dans leur famille. Il est difficile toutefois d'en faire l'objet de prescriptions réglementaires.

M. Zaborowski rappelle, qu'en effet, la vie de caserne est une amélioration sur les conditions d'existence, non-seulement pour les citadins, riches ou pauvres, vivant sans hygiène ou sans discipline, mais encore pour de jeunes paysans mal nourris chez eux. Pour ceux-ci, souvent retardés dans leur croissance, le régiment est très salutaire. Pour d'autres, au contraire, il a une action déprimante dont souffre le physique comme le moral.

M. Deniker revient sur l'importante question du *cheval sauvage. Kertag des Kirghizes* (*Equus Pozewalskii*). Alors qu'il était considéré par les uns comme souche de tous les chevaux domestiques, les autres, également compétents (Sanson, Piétrement), ne voulaient voir en lui qu'un hémione, notamment en raison de ce que la queue n'était pas garnie de crins jusqu'à la racine. On l'avait décrit uniquement d'après la peau et le crâne rapportés par Pozewalski et qui figurent dans les collections de l'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg. M. Deniker montre la photographie d'un autre exemplaire de cette race chevaline, tué récemment par un voyageur russe. Sur cet exemplaire, la queue est garnie de crins jusqu'à la racine. C'est un animal à encolure épaisse, à tête forte et de bonne taille.

M. Hervé donne lecture d'un mémoire qui résume une série de leçons sur *la race germanique, ses origines, ses caractères et ses affinités*. A l'appellation de *germanique*, M. Hervé préférerait celle de *kymrique* qui a un sens plus général et est plus en rapport avec le rôle et l'extension de cette race, comme il la comprend. Il soulève ainsi des questions ethnologiques du plus haut intérêt. Z.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 8 mars 1897.

De l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie.

M. J. Séglas rappelle que l'on assigne généralement comme caractère principal à l'amnésie épileptique de porter sur la phase épileptique elle-même, de commencer et de prendre fin avec elle. Or, cette règle n'est pas absolue; et, dans certains cas, l'amnésie post-paroxystique peut s'étendre à des faits antérieurs à l'ictus et se présenter comme rétrograde. Plusieurs cas sont à distinguer. D'abord, il peut se faire que l'amnésie reste simple et ne soit rétrograde qu'en apparence, lorsque l'accès convulsif, par exemple, a été précédé d'une période d'aura, qui se trouve englobée dans l'amnésie consécutive au même titre que les autres manifestations du paroxysme dont elle fait partie; ou encore, lorsque l'accès a été précédé d'un vertige sans intervalle suffisant pour permettre le retour à la conscience : ou enfin, lorsqu'il existe un état de confusion post-épileptique. D'autres fois, le caractère rétrograde est réel, mais ne peut être rapporté directement à l'ictus épileptique parce qu'il existe d'autres facteurs (alcoolisme, traumatisme) pouvant intervenir comme causes déterminantes et de l'épilepsie et de l'amnésie rétrograde. Enfin, il peut arriver que l'amnésie dépende simplement de l'ictus épileptique et soit en même temps vraiment rétrograde, portant sur des faits combinés et exécutés avant l'accès, en toute connaissance de cause. M. Séglas en cite deux observations personnelles. Cette amnésie rétrograde peut être aussi complète et absolue que l'amnésie simple ordinaire; transitoire dans certains cas, elle est permanente dans d'autres. La durée de la période rétrograde est variable, elle peut comprendre plusieurs heures, et constituer la majeure partie de la durée de temps comprise dans l'amnésie totale. Il est même des cas où l'amnésie rétrograde, survenant en conséquence d'une série d'accès épileptiques, a pu s'étendre à une période de plusieurs semaines en arrière. Ces faits n'ont guère attiré jusqu'ici l'attention des auteurs. Ils sont importants à connaître aussi bien en clinique qu'en médecine légale puisqu'ils démontrent qu'un acte, oublié par le fait d'un ou de plusieurs accès comitiaux, peut cependant avoir été entrepris et exécuté volontairement, avec toute la conscience que comporte l'état mental habituel du sujet.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Les médecins aliénistes des hôpitaux.

En 1840, le Conseil général des hôpitaux et hospices de Paris institua le concours pour le recrutement des médecins des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Les médecins qui furent nommés au concours et qui tous ont contribué à l'illustration de la Science française : Archambault, Baillarger, Delasiauve, Moreau (de Tours), Trélat, jouissaient de *toutes* les prérogatives des médecins des hôpitaux; ils pouvaient, entre autres, faire partie de *tous* les jurys des concours, sans exception : bureau central, amphithéâtre d'anatomie, etc. Le concours, supprimé par l'Empire, a été rétabli par la République.

Comme beaucoup de médecins et d'administrateurs ignorent ou ont oublié les conditions dans lesquelles a été réinstitué le concours, nous profitons de la mise à l'ordre du jour du Conseil de Surveillance d'une question concernant les médecins aliénistes qui ont été nommés avant le rétablissement du concours, pour réunir ici plusieurs documents de nature à préciser la situation et à permettre de donner aux médecins aliénistes, nommés au concours, les satisfactions auxquelles ils ont légitimement droit.

I. — ARRÊTÉ établissant le concours pour la nomination des médecins titulaires des services d'aliénés des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Le Préfet de la Seine, vu la loi du 10 janvier 1849 et la loi du 30 juin 1838, vu l'arrêté préfectoral du 30 juin 1878, instituant une commission à l'effet de donner son avis sur le programme et les conditions du concours à ouvrir pour la nomination des médecins attachés aux services des quartiers d'aliénés dans les hospices dépendant de l'Administration de l'Assistance publique ;

Vu les procès-verbaux des séances de la dite commission, du 27 février au 27 mars 1878, ensemble le rapport présenté en son nom et adopté par elle dans la séance du 27 mars, où sont formulées ses conclusions avec un double projet de programme applicable au concours dont il s'agit, suivant le mode d'assimilation complète ou partielle des médecins aliénistes, qui seront nommés d'après les épreuves de ces concours, aux médecins nommés d'après les épreuves des concours du bureau central des hôpitaux et hospices de Paris;

Vu le rapport spécial du président de la commission, doyen de la Faculté de médecine, membre du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique, en date

du 28 mai 1878 ; vu le mémoire présenté au sujet du règlement de la dite question, par le directeur de l'Administration de l'Assistance publique au Conseil de surveillance de cette administration ;

Vu la délibération approbative en date du 18 octobre 1878, prise par le dit Conseil de surveillance, sur le rapport d'un de ses membres, et ce rapport y annexé, tendant : 1° A ce que le système de l'assimilation partielle des médecins aliénistes aux médecins du bureau central soit adopté de préférence, avec le programme préparé en accord avec ce système par la commission d'études, sans autre changement que la suppression de l'épreuve sur titres scientifiques ; 2° A ce que la composition du jury de concours soit modifiée en conséquence et simplifiée : arrête :

Article premier. — A l'avenir, en cas de vacances dans le personnel des médecins titulaires des services d'aliénés dépendant de l'administration de l'Assistance publique à Paris, il sera ouvert, pour le choix de chaque médecin à nommer, un concours dans les formes des concours du bureau central des hôpitaux et hospices. en tant que ces formes ne seront pas en contradiction avec les dispositions spéciales du présent arrêté.

Art. 2. — Les conditions d'admissibilité au nouveau concours, ci-dessus spécifié, seront les suivantes : les candidats devront avoir : 1° 28 ans d'âge ; 2° soit quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asile publics d'aliénés, et une année de doctorat, soit deux années d'exercice en qualité de médecins-adjoints des dits asiles, soit encore cinq années de doctorat.

Art. 3. — Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. (Il sera accordé trois heures aux candidats pour traiter cette question) ;

2° Épreuve clinique commune sur un malade. (Dix minutes d'examen et vingt minutes de dissertation après cinq minutes de réflexion).

3° Épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade (vingt minutes d'examen et vingt minutes de dissertation après cinq minutes de réflexion ;

4° Épreuve écrite, comprenant : une consultation après l'examen d'un aliéné, un rapport sur un cas d'aliénation mentale. (Il sera accordé aux concurrents quinze minutes pour l'examen de chacun des malades et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation ; la lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante) ;

5° Épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. (Les candidats auront quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades et trente minutes pour la dissertation après cinq minutes de réflexion).

Le nombre des points attribués à chaque épreuve est ainsi fixé :

1re épreuve	30 points,	maximum.
2e —	20 —	—
3e —	20 —	—
4e —	30	—(15 pour chaque partie
5e —	30 —	maximum.
Total	130 points.	

Art. 4. — Deux places seulement seront mises au concours en même temps. Le concours se terminera par un acte décidant les nominations, sauf approbation du ministre de l'intérieur, ainsi que cela se pratique pour les concours du bureau central.

Art. 5. — Le jury de concours sera composé de sept membres, savoir : quatre membres tirés au sort parmi les médecins aliénistes des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine et les médecins du bureau d'admission de Sainte-Anne, après cinq ans d'exercice. Et trois membres tirés au sort parmi les médecins des hopitaux en exercice ou honoraires. Le tirage au sort aura lieu, dans la forme usitée pour les concours du bureau central, en présence de deux membres du Conseil de surveillance de l'Administration de l'assistance publique, et de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Art. 6. — Les médecins aliénistes nommés à la suite des concours établis d'après le mode ci-dessus spécifié seront assimilés, quant au grade et aux prérogatives aux médecins des hôpitaux et hospices nommés à la suite des concours du bureau central, mais sous la réserve qu'ils ne pourront siéger dans les concours ordinaires des hôpitaux.

Art. 7. — En cas de vacance, les médecins aliénistes en exercice dans les quartiers d'hospice dépendant de l'Administration de l'Assistance publique auront le droit de passer dans les dits quartiers, d'un service d'aliénés, dans un autre service d'aliénés suivant leur rang d'ancienneté.

Art. 8. — Le secrétaire général de la préfecture, le directeur de l'Administration de l'Assistance publique, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 mars 1879. — Signé : F. Herold.

II. A la suite de cet arrêté, un concours fut ouvert. Il se termina par la nomination de M. Jules Voisin et la nôtre (juin 1879). L'année suivante, à l'occasion de l'élection d'un délégué des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance, nous avons demandé (8 février 1888) à M. Michel Moring, alors directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, de bien vouloir préciser les prérogatives que l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 accordait aux médecins aliénistes, nommés au concours. Peu après, M. le directeur nous transmettait les deux pièces suivantes :

Extrait d'un RAPPORT adressé à Monsieur le Sénateur, Préfet de la Seine.

. . . .

« Je ne crois pas que la pensée qui a inspiré à Monsieur le Préfet les dispositions de l'article 6 dont il s'agit puisse soulever le moindre doute. *L'assimilation des Médecins des Services d'aliénés aux Médecins des Hôpitaux est* complète, sauf sur un point qui concerne le droit de siéger dans les Jurys institués pour la nomination des Médecins du Bureau central. Cette réserve faite, les Médecins aliénistes *doivent* jouir de tous les droits et de toutes les prérogatives des Médecins des Hôpitaux, puisqu'ils sont, du reste, astreints aux mêmes charges, et en particulier soumis comme eux au *Règlement sur la* limite d'age. Leur droit de voter pour la présentation du Médecin chargé de représenter ses collègues des Hôpitaux au sein du Conseil de Surveillance me paraît donc incontestable.

. . . .

Paris, le 17 février 1880.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Signé : Michel Moring.

A M. le Docteur Bourneville, Médecin de l'Hospice de Bicêtre.

Paris, le 26 février 1880.

Monsieur le Docteur,

Vous m'avez fait l'honneur de m'écrire pour me demander si, en vertu de l'article 6 de l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879, les Médecins aliénistes nommés à la suite du Concours et ceux qui le seront dans l'avenir, auront le droit de faire partie des commissions que l'Administration est dans l'usage de consulter, et surtout de voter pour la présentation du délégué de MM. les Médecins des hopitaux au Conseil de surveillance.

« Aucun doute ne peut, à mon avis, s'élever sur le sens des dispositions de cet article. *L'assimilation des Médecins des services d'aliénés aux médecins des hôpitaux est*

COMPLÈTE sous la *seule réserve* qu'ils ne siègeront pas dans les jurys des Concours pour la nomination des Médecins du Bureau central. Dès lors, ils doivent jouir de tous les droits et de toutes les prérogatives attribués aux Médecins des Hôpitaux, de même qu'ils sont soumis aux mêmes charges et en particulier au Règlement sur la *limite d'âge*. Le droit des Médecins aliénistes de siéger lorsqu'il y a lieu dans les Commissions administratives et de voter pour la présentation du Médecin chargé de représenter ses collègues au Conseil de surveillance est donc incontestable.

J'ajouterai, que M. le Préfet, consulté par moi, vient de me faire savoir que l'interprétation qui précède est conforme à l'esprit qui lui a dicté l'arrêté du 3 mars 1879.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée et de mes sentiments dévoués.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,
Signé : Michel MORING.

III. A M. le Dr PEYRON, *directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.*

Paris, le 1888.

Monsieur le DIRECTEUR,

Permettez-nous d'attirer aujourd'hui votre attention sur la situation faite aux médecins des quartiers d'aliénés de la Salpêtrière et de Bicêtre, nommés au concours, vis-à-vis des autres médecins des hôpitaux.

D'après l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 l'assimilation doit être complète. Une lettre de M. Michel Moring, adressée à M. Bourneville à la date du 26 février 1880, en réponse à une demande d'interprétation de l'arrêté préfectoral, ne laisse d'ailleurs aucun doute à cet égard. Nous en extrayons le passage suivant :

« L'assimilation des médecins des services d'aliénés aux médecins des hôpitaux est complète sous la seule réserve qu'ils ne siègeront pas dans les jurys des concours pour la nomination des médecins du Bureau central. Dès lors ils doivent jouir de tous les droits et prérogatives attribués aux médecins des hôpitaux, de même qu'ils sont soumis aux mêmes charges, et en particulier au règlement sur la *limite d'âge*. J'ajouterai que Monsieur le Préfet consulté par moi, vient de me faire savoir que l'interprétation qui précède est conforme à l'esprit qui lui a dicté l'arrêté du 3 mars 1879. »

Or, jusqu'ici, en pratique, l'assimilation n'a pas été aussi complète que le ferait penser cet arrêté. A la suite de l'intervention de notre collègue auprès de vous et de M. Barbier, alors secrétaire général de l'Administration, nous avons, il est vrai, été appelés à voter le 27 décembre 1886 pour la présentation du médecin chargé de représenter le corps médical au Conseil de surveillance. Mais jamais aucun de nous n'a encore siégé dans les jurys de concours pour le recrutement des élèves des hôpitaux.

Ces pérogatives dont nos prédécesseurs nommés au concours ont joui jusqu'en 1859 a disparu avec le concours lui-même. Mais elle pourrait, il nous semble, nous être accordée de nouveau aujourd'hui que les médecins de la Salpêtrière et de Bicêtre sont recrutés par la voie du concours, tout comme les autres médecins des hôpitaux.

Nous vous demanderons donc, Monsieur le Directeur, de vouloir bien compléter notre assimilation aux médecins des hôpitaux en mêlant nos noms aux leurs dans l'urne d'où sort la liste du jury des concours de l'externat, de l'internat, et des prix de l'internat.

Il est d'ailleurs assez naturel que nous désirions pouvoir prendre part aux concours où se recrutent les élèves nos services et notre demande n'outrepasse pas les limites des prérogatives que nous attribue l'arrêté préfectoral que nous avons rappelé plus haut.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de nos sentiments dévoués.

J. VOISIN, SEGLAS, DENY, CHARPENTIER, BOURNEVILLE, Ch. FÉRÉ, CHASLIN.

A M. le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

Paris, le 6 juillet 1888.

Monsieur le DOCTEUR,

J'ai reçu la lettre que MM. les médecins du service des aliénés m'ont fait l'honneur de m'écrire pour me demander d'être appelés, en vertu de l'art. 6 de l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 qui institue le concours pour leur nomination, à siéger dans les jurys de l'Externat, de l'Internat et des prix de l'Internat.

MM. les médecins du service des aliénés me rappellent, à cette occasion, une lettre adressée à M. le Dr Bourneville par l'un de mes prédécesseurs et dans laquelle M. Moring déclare, avec l'assentiment de M. Hérold, alors préfet de la Seine, que « l'assimilation des médecins des services d'aliénés aux médecins des hôpitaux est complète, sous la seule réserve qu'ils ne siégeront pas dans les jurys des concours pour la nomination des médecins du Bureau central, et que, dès lors, ils doivent jouir de tous les droits et de toutes les prérogatives attribués aux médecins des hôpitaux.

Cette interprétation de l'art. 6 de l'arrêté préfectoral du 9 mars 1879 ne soulève aucun doute et subsiste toujours. Mais elle doit faire l'objet d'un article à introduire dans le règlement sur le service de santé et cette régularisation ne peut être effectuée sans le concours de la commission spéciale chargée de réviser et de refondre le règlement sur le service de santé.

MM. les médecins des services d'aliénés peuvent être assurés que j'aurai soin de soumettre cette question à la commission dès la reprise de ses séances, et d'appeler à prendre part aux travaux de la commission, comme j'en ai, d'ailleurs, depuis longtemps déjà l'intention, l'un de MM. les médecins aliénistes, chargé de représenter ses collègues.

Recevez, M. le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,
Signé : E. PEYRON.

Les circonstances ayant empêché l'Administration de s'occuper de cette réclamation, l'année suivante, les médecins aliénistes ont adressé à M. PEYRON la lettre de rappel suivante :

Paris, le 25 mai 1889.

Monsieur le DIRECTEUR,

L'année dernière nous avons eu l'honneur de vous adresser une réclamation au sujet de la non-participation des médecins aliénistes de la Salpêtrière et de Bicêtre, nommés au concours, aux jurys des concours de l'externat, de l'internat et des bourses de voyage.

Vous nous avez répondu le 6 juillet 1888 en reconnaissant la justice de notre réclamation et en nous promettant d'y faire droit.

Vous nous informiez que vous soumettriez cette affaire à la commission chargée de la revision des règlements sur le service de santé.

Près d'une année s'est écoulée sans qu'il y ait eu de solution à notre connaissance. C'est pourquoi, nous nous permettons, Monsieur le Directeur, de vous rappeler la promesse que vous nous avez faite.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

CHARPENTIER, VOISIN J., DENY, SÉGLAS, CHASLIN, FÉRÉ, BOURNEVILLE.

IV.

Au mois de janvier dernier, le journal l'*Assistance publique* a reproduit un article de la *Semaine médicale* du 6 janvier, en le faisant suivre de réflexions. Voici comment s'exprimait la *Semaine médicale* :

« Au moment où viennent d'avoir lieu les mutations des chefs de service dans les hôpitaux de Paris, il nous parait utile d'attirer l'attention sur la situation des médecins aliénistes de l'Assistance publique.

« Actuellement ces médecins se divisent en deux catégories, suivant que leur nomination est antérieure ou postérieure à l'année 1879. Les premiers, qui n'ont pas eu à subir les épreuves d'un concours et qui ont été nommés directement par arrêté préfectoral, jouissent du privilège de rester en fonction jusqu'à un âge indéterminé.

« Les seconds, au contraire, qui ont été nommés au concours, sont assimilés, au point de vue de la limite d'âge, aux médecins des hôpitaux, c'est-à-dire qu'il sont mis à la retraite à soixante-cinq ans.

« Le privilége singulièrement paradoxal, dont jouisssent les premiers de ces médecins vis-à-vis des seconds ne laisse pas que d'avoir de graves inconvénients. Outre qu'il empêche ceux-ci de passer de Bicêtre à la Salpêtrière à la période de la vie où cette mutation devrait se faire, il recule indéfiniment l'entrée en fonction des médecins suppléants. Le recrutement de ces mêmes médecins se trouve du même coup compromis, les candidats ne pouvant s'immobiliser dans la perspective d'une carrière dont la porte ne s'ouvre plus. Il y a dix ans, en effet, que les médecins suppléants actuels ont été nommés, et, depuis cette époque, il n'y a plus eu ni concours, ni mutations de chefs de service. Cette situation, si elle se prolongeait, équivaudrait donc à la suppression pure et simple du concours.

Tel n'est pas, sans doute, le résultat cherché par l'administration; c'est pourquoi nous avons cru devoir lui signaler le danger, persuadés qu'elle saura y porter promptement remède ».

« Maintes réclamations ont déjà été présentées à ce sujet à la 3e commission du Conseil général de la Seine lors de ses visites à Bicêtre et à la Salpêtrière. Enfin, au mois de juin dernier, M. le Dr Féré, médecin de Bicêtre, a profité de la visite de cette Commission de surveillance pour « appeler l'attention de la Commission sur les inconvénients déjà plusieurs fois signalés du système actuel du recrutement des médecins suppléants dont la nomination se trouve indéfiniment retardée par suite du défaut de retraite pour une catégorie de médecins qui ont atteint la limite d'âge et dont la nomination est antérieure aux concours actuels.

« Le Président de la Commission, M. Barbier, premier président honoraire de la Cour de cassation, a répondu que la Commission « serait désireuse, afin d'être mise à même dans la modeste mesure de son influence, de remédier à l'état de choses existant, qu'un rapport lui fût adressé, pour être discuté en temps et lieu ».

« C'est à l'auteur de la proposition, avec l'aide ou non de ses collègues nommés au concours, de répondre aux désirs de la Commission. Quant à nous, ajoute l'*Assistance*, nous nous associons complètement à cette réclamation qui nous paraît justifiée. »

Le *Journal de médecine* de Paris, la *Gazette médicale*, la *Gazette hebdomadaire*, la *Tribune médicale*, la *Presse médicale*, etc., se sont associés à la réclamation formulée dans l'article que nous venons de reproduire. Cette unanimité d'opinion a décidé M. PEYRON, directeur de l'Assistance publique, à demander à son Conseil de surveillance :

1° De mettre à la retraite M. le Dr Jules Falret, le 31 décembre prochain.

2° De mettre M. le Dr Auguste Voisin à la retraite à la fin de l'année dans laquelle il aura atteint sa 70e année.

On ne peut qu'applaudir à ces propositions inspirées par un véritable esprit de conciliation et qui, nous l'espérons, seront ratifiées par le Conseil de surveillance.

*
* *

Nous terminerons cette *Note* en demandant au Conseil de surveillance et à M. Peyron de bien vouloir régler définitivement la situation des *médecins aliénistes* des hôpitaux, nommés au concours, en les mettant en possession des prérogatives qui leur appartiennent légitimement en vertu de l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879, notamment la participation aux concours de l'externat, de l'internat, et des prix de l'internat. B.

15 mars 1897.

VARIA

Conseil supérieur de l'Assistance publique.

La session ordinaire de 1897 a eu lieu ces jours derniers.

L'ordre du jour de la première séance appelait l'élection du bureau. L'ancien bureau, composé de M. Théophile Roussel, sénateur, président, de MM. H. Sabran et Dr Thulié, vice-présidents, a été réélu à l'unanimité.

M. Sabran, vice-président, a donné ensuite lecture de l'adresse qu'il avait remise à M. Théophile Roussel, lors de son jubilé, au nom du conseil supérieur. Puis, il a fait l'éloge des membres décédés, MM. Jules Simon, Dr Rochard, Ernest Roussel, Dr Lafont. Il a souhaité la bienvenue aux membres nouvellement nommés.

L'ordre du jour appelait ensuite la discussion du rapport de M. Marbeau sur la réglementation des *crèches publiques et privées*. Après un débat auquel ont pris part le rapporteur et MM. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, Napias, Letort, Drouineau, Sabatier, Regnard, Dreyfus-Brissac, Marcel Briand, Paul Strauss, Brueyre, Bompard, Emile Labiche, Aynard, de Crisenoy, Joseph Reinach, etc., le conseil a successivement adopté, avec diverses modifications, les sept articles du projet de décret préparé par sa première section pour la réglementation des crèches.

La deuxième séance a eu lieu sous la présidence de M. Sabran, vice-président. L'ordre du jour appelait la discussion du projet de règlement ministériel sur les crèches, connexe au projet de décret adopté hier. Ont pris part à la discussion, MM. Bourneville, Peyron, Marbeau, rapporteur, Henri Monod, le Dr Napias, Paul Strauss, Maurice Lebon, etc... Le conseil a adopté, avec diverses modifications et suppressions, les articles de ce règlement visant l'installation des crèches, l'organisation du service hygiénique et médical, les conditions d'admission des enfants et les garanties demandées aux directrices et aux gardiennes.

La troisième séance a été présidée d'abord par M. Sabran, puis par M. le Dr Thulié, vice-présidents. Après avoir discuté et adopté, avec diverses modifications, les derniers articles du projet de règlement ministériel sur les crèches, le Conseil a examiné les demandes d'un certain nombre de communes tendant à obtenir l'autorisation d'avoir une organisation spéciale, en ce qui concerne l'*assistance médicale gratuite*.

La quatrième séance a eu lieu sous la présidence de M. le

Dr Thulie. L'ordre du jour appelait la discussion du rapport de M. le Dr Chevallereau sur l'*admission des étrangers dans les hôpitaux français*. A la suite d'un débat auquel ont pris part le rapporteur, MM. Aynard, le Dr Napias, le Dr Drouineau, Sabatier, etc., le texte suivant, proposé par M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a été adopté par le Conseil. Le Conseil supérieur est d'avis :

« Qu'il est désirable que des traités d'assistance médicale réciproques soient conclus entre la France et les nations étrangères ainsi que l'a prévu l'article 1er de la loi du 15 juillet 1893, mais que ces traités doivent avoir pour base le remboursement réciproque des frais ; qu'en attendant la conclusion de semblables traités les hôpitaux français doivent, même en l'absence d'une obligation légale, continuer à recueillir, dans les conditions de l'article 1er de la loi du 5 août 1851, les étrangers blessés, atteints de maladies aiguës et spécialement de maladies épidémiques ; que, pour les malades chroniques étrangers, ils ne doivent être admis qu'autant que les hôpitaux ont des places vacantes et les ressources nécessaires, et après que des démarches auront été faites auprès du consul de la nation à laquelle appartient le malade en vue d'obtenir l'engagement de rembourser les frais exposés par l'hôpital; qu'il est à souhaiter que des facilités compatibles avec les intérêts de la sécurité nationale soient données aux étrangers pour organiser en France les moyens d'assistance qui leur sont nécessaires. »

La cinquième séance a été tenue sous la présidence de M. Théophile Roussel, sénateur.

Au début de cette séance, M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, a exposé les principaux faits de l'*assistance en* 1896 ; donné lecture d'une circulaire sur les devoirs des commissions administratives et leur recrutement et rappelé que le Conseil d'Etat a été chargé de préparer, en s'inspirant des principes récemment posés par le conseil supérieur, un projet de loi pour régler la surveillance de l'Etat sur les établissements de bienfaisance privée ; et un projet de loi sur la base de l'obligation, pour l'assistance aux vieillards infirmes et incurables. Au budget de 1897, une somme de 600.000 francs a été inscrite et votée par les Chambres pour concours de l'Etat aux pensions qui seraient créées par les départements et les communes en faveur des vieillards incurables et infirmes. Enfin, M. Henri Monod a donné des renseignements sur le fonctionnement, en 1895, de la loi organisant l'assistance médicale gratuite. Le bénéfice immédiat de cette loi a été de 107.569 malades soignés à domicile, et de 12.995 hospitalisés. La moyenne des frais de traitement à domicile, par malade, a été de 10 fr. 46; celle du traitement à l'hôpital, de 76 fr. 50. M. Henri Monod a terminé cet exposé en exprimant l'espoir que le conseil supérieur « reconnaîtrait que l'exécution du plan général d'organisation de l'assistance publique en France a été poursuivie en 1896, fidèlement aux principes et à la méthode que le conseil supérieur a fixés dès le début de ses travaux ».

Le conseil supérieur a ensuite examiné et voté un projet de règlement modèle pour les orphelinats annexés aux hospices, hôpitaux et bureaux de bienfaisance, projet préparé par les 1re, 2e et 3e sections du conseil, et défendu devant le conseil par M. Hébrard de Villeneuve, conseiller d'Etat, rapporteur.

La session ordinaire de 1897 a été déclarée close.

Exposition internationale de Bruxelles en 1897.

Section d'Hygiène et des Instruments d'Art médical.

Le Comité français d'initiative et de propagande de l'Exposition internationale de Bruxelles de 1897 (*Section de l'Hygiène et des Instruments d'Art médical*) prévient les médecins qui désireraient exposer que le dernier délai, pour les demandes d'admission dans cette section, est définitivement fixé au 25 mars. — Cent trente exposants sont déjà inscrits.

Congrès international de Médecine de Moscou.

On s'occupe activement à Moscou de l'organisation des excursions qui auront lieu aux environs de cette ville, à Pétersbourg et à Nijni-Novgorod, pendant la durée du Congrès. — Cinquante adhésions sont actuellement parvenues aux bureaux du Comité français. *Le Secrétaire général,*

Marcel BAUDOUIN.

Le banquet Clémence Royer.

Le banquet offert à Mme Clémence Royer a eu lieu cette semaine au Grand-Hotel. Il avait fallu, pour placer tous les convives, occuper la salle du Zodiaque. C'est M. Levasseur qui a parlé le premier, au champagne. Il a dit avec grâce les mérites de cette femme, dont le génie viril a étonné et quelque peu effrayé la science officielle de l'Empire et a ouvert de nouveaux horizons à la pensée humaine. Après cette allocution, on a lu les dépêches d'excuses ou de félicitations. Il y en avait plus de cent, venues d'Angleterre, de Suisse, d'Amérique. MM. Anatole France, Zola, des membres de l'Académie des Sciences, des hommes politiques regrettaient dans leurs billets de n'avoir pu venir, et exprimaient une égale admiration pour la femme à l'esprit vaillant dont cette manifestation devait consoler la vieillesse un peu abandonnée. Puis les discours ont repris, disant les mêmes sentiments sous des formes différentes. Le Dr Letourneau a parlé de la traduction de Darwin et « bien avant l'auteur, a-t-il ajouté, et assure-t-on à son grand émoi, Mme Clémence Royer, dans son admirable préface, avait tiré déjà toutes les conséquences transformistes ». M. Léopold Lacour a regretté dans des phrases véhémentes que le gouvernement n'ait pas accordé à Mme Clémence Royer la croix de la Légion d'honneur sollicitée pour elle. La poésie elle-même, par la voix de M. Clovis Hugues, a apporté son offrande.

Association médicale mutuelle du département de la Seine.

L'Association médicale mutuelle a tenu dimanche 7 mars, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sa dixième assemblée générale. Le nombre des membres participants est de 387 et le fonds de réserve s'élève actuellement à plus de deux cent mille francs. L'Association ne thésaurise pas ; elle vient très largement en aide aux confrères malades; depuis sa fondation elle a déboursé plus de cent mille francs pour l'indemnité de maladies. Cette année même, 6.290 francs ont été payés pour 1.529 journées. L'année 1896 a été bonne, puisque, l'âge moyen des sociétaires, étant de 41 ans 2 mois, on pouvait d'après les statistiques, compter 2.424 journées de maladies pour 387 membres, tandis qu'on n'en a compté que 1.629, soit en moyenne 4,2 journées pour chaque tête. L'Assemblée générale a procédé à l'élection du bureau. Le président Rondeau, que son état de santé a forcé à se tenir presque toute l'année éloigné de Paris, a dû donner sa démission. On a récompensé son dévouement en le nommant président d'honneur, M. Descoust avait toute l'année, comme vice-président, dirigé la Société. Il a été nommé président. MM. Peyrot et Laborde ont été nommés vice-présidents. M. Signez, secrétaire général, a été prorogé dans ses fonctions.

Dolbeau devant l'Histoire.

La 1re chambre du tribunal vient de rendre son jugement dans l'action intentée contre M. Lissagaray et contre MM. Curel et Fayard, éditeurs, par les fils de défunt Dolbeau, en raison d'un passage d'une *Histoire de la Commune*. Nous avons déjà exposé les faits.

« Attendu, dit le jugement, que le livre publié par Lissagaray contient un passage ainsi conçu : « L'extradition florissait à Paris ; « plus d'amis, plus de camarades; des refus impitoyables ou des « délations. Un médecin renouvelait les infamies de 1834. Tout le « monde à l'hôpital Beaujon voulait sauver un fédéré blessé ; le « chirurgien Dolbeau fit monter des soldats et enlever ce malheu- « reux qu'ils fusillèrent. » Attendu que l'imputation au Dr Dolbeau est de nature à jeter sur ses enfants, vu la solidarité qui les unit dans l'esprit du public à celui dont ils portent le nom, une défaveur nuisible à leurs intérêts mêmes. Attendu que sans doute ceux qui entreprennent d'écrire l'histoire ont certaine liberté de rapporter et d'apprécier selon leurs vues les faits dont ils prétendent fixer le souvenir ; mais attendu que leurs droits, même les plus étendus, sont limités par ceux d'autrui ; que l'écrivain excède son droit lorsqu'il relate des faits inexacts, bien qu'il ait été mis en demeure d'en reconnaître l'inexactitude, et qu'il ait eu les moyens de les contrôler; qu'il commet alors une faute et qu'il engage sa responsabilité civile. Attendu que le fait rappelé par Lissagaray comme imputation au Dr Dolbeau est faux dans ses éléments essentiels et caractéristiques... »

Le jugement rappelle ensuite les résultats d'une enquête officieuse faite en 1871 par l'Assistance publique, sur la demande du Dr Dolbeau lui-même, à la suite d'incidents tumultueux survenus à son cours. Cette enquête démontra alors la fausseté de cette assertion.

« Attendu en conséquence qu'à tort et à erreur, Lissagaray a imputé à Dolbeau un acte cruel et déloyal, et affirmé que l'exécution militaire d'un fédéré en avait été le résultat; Attendu qu'il a été mis en demeure et en mesure d'éviter cette erreur ; qu'en conséquence il a lésé les demandeurs dans ceux mêmes de leurs intérêts qu'il appartient aux tribunaux civils de défendre, etc. »

Le tribunal dit que dans la huitaine de la signification du jugement Lissagaray et Currel et Fayard, éditeurs, cesseront de vendre tous exemplaires contenant le passage incriminé; faute par eux de ce faire, les condamne à payer aux demandeurs dix francs par chaque contravention constatée ; les condamne en un franc de dommages-intérêts et autorise les demandeurs à faire publier le jugement dans cinq journaux.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 22. — Dissection : MM. Ricard, Delbet, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, Heim. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Peyrot, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (2e *série*) : MM. Tillaux, Humbert, Lejars. — (1re *série*) : MM. Marchand, Delens, Walther. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Widal, Gilles de la Tourette.

MARDI 23. — Dissection : MM. Rémy, Quénu, Retterer. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Grancher, Poirier, Gley. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Weiss, Chassevant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Pozzi, Bar — 4e *de Doctorat* : MM. Debove, Chantemesse, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Panas, Polaillon, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Charrin, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Cornil, Marfan, Roger.

MERCREDI 24. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Poirier, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ch. Richet, Humbert, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Delbet, Walther. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Chauffard, Marie — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié : MM. Delens, Lejars, Broca. — (2e *partie*) : MM. Joffroy, Gaucher, Gilles de la Tourette.

VENDREDI 26. — Dissection : MM. Peyrot, Sébileau, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ch. Richet, Remy, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Chauffard, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Delens, Broca. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM Potain, Gaucher, Widal. — (2e *série*) : MM. Grancher, Landouzy, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 27. — Dissection : MM. Le Dentu, Quénu, Thiéry. — 3e *de Doctorat* oral, (1re *partie*) : MM. Berger, Nélaton, Bar, — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Letulle. — (2e *série*) : MM. Cornil, Debove, Marfan. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). Charité. (1re *série*) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Roger. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Gilbert, Achard. — (1re *partie*). Obstétrique. Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Tarnier, Polaillon, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 23. — M. Lemoine De l'avortement criminel. Etude historique, sociale et médico-légale. — M. Ayasse. Etude historique et critique des procédés de restauration du rebord alvéolaire dans le bec de lièvre compliqué. — M. Marinesco. Atrophie musculaire dans la syringomyélie. — M. Jocet. Des collections séreuses pelviennes. — M. Grégoire. Contribution à l'étude thérapeutique du gaïacol. (Injections et pansements au gaïacol dans les tuberculoses chirurgicales). — M. Cournol. Contribution à l'étude de la présentation de la face. — M. Macé. La rate du nouveau-né au point de vue clinique. — M. Planche. La perlèche.

MERCREDI 24. — M. Capmarty. Dilatation du cœur droit dans le cours des néphrites catarrhales à la suite de troubles dyspeptiques. — M. Simoes. Des rétrodéviations mobiles. De leur traitement par l'opération d'Alquié-Alexander.

Enseignement médical libre.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr KŒNIG, 14, rue Monge. Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, mardi et samedi, à 5 heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier.

Nous attirons l'attention de nos Lecteurs sur le **Catalogue** *des livres au rabais joint à ce numéro.*

HOSPICE DES VIEILLARDS DE BOULOGNE-SUR-SEINE. — Le président de la République, accompagné du général Tournier, secrétaire général de la présidence, de M. Le Gall et d'un officier de sa maison militaire, s'est rendu cette semaine à Boulogne-sur Seine, pour inaugurer un hospice des vieillards. Le préfet de la Seine, le directeur de l'Assistance publique, le maire et les conseillers municipaux de Boulogne assistaient à cette cérémonie.

LE FOOT BALL ET LES ÉTUDIANTS FRANÇAIS ET ANGLAIS. — Il y a quelque temps, le Stade français se recontrait avec les étudiants du Saint-George Hospital, de Londres, sur lesquels il remportait une brillante victoire. Plus tard, nouveau match franco-anglais entre le Racing club et les étudiants de l'Université d'Oxford. L'année dernière, ceux-ci furent battus.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 au samedi 13 mars 1897, les naissances ont été au nombre de 1 168, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 423, illégitimes, 167. Total, 590. — *Sexe féminin* : légitimes, 410 ; illégitimes, 168. Total, 578.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 fév. au samedi 13 mars 1897, les décès ont été au nombre de 963, savoir : 534 hommes et 429 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3 — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 10, F. 4, T. 14. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 6, F. 6, T. 12 - Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 139, F. 82, T. 221. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 10, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 12, T. 31. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 30, T. 49. — Méningite simple : M. 17, F. 7, T. 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 10, T. 32. — Paralysie, M. 3, F. 2, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 2, T. 4 — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 41, T. 71 — Bronchite aiguë : M. 12, F. 10, T. 22. — Bronchite chronique : M. 11, F. 15, T. 26 — Broncho-pneumonie : M 31, F. 22, T. 53. — Pneumonie : M. 26, F. 24, T. 50. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 14, F. 17, T. 31 — Gastro-entérite, biberon : M. 9, F. 7, T. 16 — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 4, T. 11. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 0. T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Débilité congénitale : M. 10, F. 18, T. 28. — Sénilité : M. 17, F. 19, T. 36 — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres morts violentes : M. 16, F 6 T. 22. — Autres causes de mort : M. 93, F. 57, T. 150. — Causes restées inconnues : M. 4, F 1, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 102, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 18. Total : 53 — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 20. Total : 49.

FACULTÉ DES SCIENCES. — *Bourses de licence.* — L'ouverture du concours pour les bourses de licence aura lieu au siège des Facultés des Sciences, le 29 juin. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le 19 juin, à 4 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Mathias DUVAL, professeur d'histologie, est dispensé du service des examens pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1896-1897.

LA CONFÉRENCE SANITAIRE DE VENISE. — La conférence sanitaire a terminé ses travaux, en examinant les conclusions de ses diverses sous-commissions. — La conférence s'est réunie encore une fois pour examiner le projet de convention élaboré par un comité spécial. La signature de la convention a eu lieu le 19 mars.

MÉDECINS-DÉPUTÉS. — Dans les *Bouches-du-Rhône*, sur 14.922 inscrits avec 10.522 votants, M. Baron, maire d'Aix, socialiste, a été élu par 4.564 voix contre M. le Dr Bourguet, républicain, qui a obtenu 4 305 voix. Au premier tour, le 28 février, M. Baron avait obtenu 2.901 voix ; M. le Dr Bourguet, 2.172. — Dans l'*Oise* et la première circonscription de Beauvais, sur 20.012 inscrits et 16.714 votants, M. le Dr BAUDON, radical, a été élu par 8.484 voix. Le 28 février dernier, au premier tour de scrutin, M. le Dr Baudon avait obtenu 7.723 voix, et M Hucher, 7.662, sur 15.785 votants. Il s'agissait de remplacer le Dr Lesage, radical, décédé, qui avait été élu, lors de l'élection partielle du 7 avril 1895, par 8.364 voix contre 5.015 à M. Raviard, républicain, 1 075 à M. Gédéon, socialiste, et 729 à M. de Belleval, monarchiste, en remplacement de M. Bourleville, radical.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'Hygiène sociale.* — La Conférence pratique du 21 mars aura lieu à 10 heures du matin à l'Ecole Braille (Assistance aux Aveugles), à Saint-Mandé, rue Mongenot, 5, près de la place de la Mairie. Moyens de transports : 1° Tramways Louvre-Vincennes jusqu'à St-Mandé, à 8 heures 35 minutes ; 2° Chemin de fer de Vincennes, pour la Station de Saint-Mandé, à 9 heures 5 minutes. — Les Cours et les Conférences sont publics.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — *Concours de* 1896. — Dans la séance du 12 février, M. le Secrétaire perpétuel a donné les noms des lauréats. Liste dressée par la Commission des prix dans sa séance plénière du 9 février : *Médailles de vermeil (ex æquo)*, M. G. Baudran, pharmacien à Beauvais (Oise), déjà lauréat de la Société aux Concours de 1894 et 1895. M. le Dr Alexandre Par-

Malherbe, à Roubaix (Nord). *Médailles d'argent (ex æquo)*, M. le Dr Coindreau, médecin-major au 93e régimenent d'infanterie, à la Roche-sur Yon (Vendée), déjà lauréat du Concours de 1892. M. le Dr Bignami, à Alfaniello, Prov. de Brescia (Italie). *Médailles de bronze*, M. le Dr Foveau de Courmelles (de Paris). M. Reverchon, instituteur à Autoreille (Haute-Saône), déjà lauréat du Concours de 1890. M. le Dr Bauzon, de Châlon-sur-Saône, déjà lauréat du Concours de 1883. M. le Dr Haan, au Havre (Seine-Inférieure).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.—*Active.*—Sont nommés médecins principaux : de 1re classe M. Lepage, de 2e classe M. Mareschal, Médecins-majors de 1re classe : MM. Bourbon, Lévêque, Darré et Maupetit. Médecin-major de 2e classe : MM. Patte, Lanusse-Crousé, Dormand et Chabrut.

Armée territoriale. — Sont promus au grade de médecin-major de 1re classe, les médecins-majors de 1re classe de l'armée active retraités : MM. Bienvenue (André-Louis-Marie), Grosse (Louis-Jacques-Lucien). — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : Les docteurs en médecine : MM. Ladroite (Jules-Léon). Villard (Jean-Nicolas). Gourrier (Marie-Joseph-Christinien). Schwartz (Léon-Armand). Tousten (Victor-Hyppolite). Cessin (Alfred-Louis). Paillotte (Gaston-Raoul). Mugniéry (Joseph-Marie-Camille). Chobaut (Alfred). Dufournier (Léon-Alfred-Eugène). Barre (Georges-Frédéric). Bitot (Pierre-Emile). Thibaud (Philippe-Eugène-Urbain). Manificat (Laurent). Delavalle (François). Boix (Emile-Théodore). Claverie (Siméon). Damaye (Léon-Lucien-Marie). Rochon-Duvigneaud (André-Jean). Gazel (Maurice-Antonin). Madon (Jean-Baptiste-Ferréol). Lebon (Henri-Etienne). — Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe : Les pharmaciens de 1re classe : MM. Lafay (Laurent). Dentaud (Auguste-Alfred-Eugène). Meslans (Maurice). M. Lorin (Maurice), médecin-major de 2e classe l'armée active démissionaire.

Réserve. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe. Les docteurs en médecine, MM. de Bonnescuelles d'Orgères (Gaston-Charles-Octave). Legrand (Jacques-Alfred). Bertrand (Félix-Jules-Auguste). Blondeau (Ambroise-Louis). Hugues (Antoine-Léon-Emmanuel). Serullaz (Pierre-Edouard-Louis-Léon). Souillart (Charles-Benoit-Joseph). Grandou Jean-Marie-Germain-Charles-Ernest). Jeannin (Louis-Emile). Bree (Joseph-Auguste-Maurice). Davin (Edon-Joannès-Antoine). Pannier (Joseph-Anseline-Aimé). Galibert (Paul-Emile) Dufilh (Etienne). Laisnoy (Vital-Aimable). Pillon (Lucien-Edouard-Aurélien). Fragnant (Henri-Joseph-Adolphe). Boel (Claude-Marie-Maurice). Caillaud (Médéric-Antoine). Mahe (Yves-Marie). Bodin (Eugène-Marie). Bodin (Léonce-Gabriel). Touillon (Charles-Jacques). Bourdier (Edouard-Léon). Houssay (François-Jules). Fieux (Jean-Marie-Joseph). Fossati (Albert-Jérôme). Sassier (René-Guillaume). Houdinet (Jean-Baptiste-Etienne). Tahier (Frédéric-Thomas). Champenois (Jules-Paul). Chassy (Benoit-Marie-Alphonse). Félix (Gabriel-François). Cogrel (Fernand-Jean-Marie). Lecœuvre (Ernest-Charles). Roche (Albin-Simon). Castets (Paul-Vincent-Maurice). Blazy (Pierre-Thomas). Cahuzac (Louis-Arsène). Guilpin (Fernand-Albert). Bourg (Prosper-Marie). Latour (Augustin-Antoine). Hardouis (Maurice-Alphonse). Fancy (Joseph). Vireily (Adrien-Paul-Marie). Combret (Joseph-Auguste). Flammarion (Jules-Jean-Batiste). Helle (Joseph-Victor). Defaux (Georges-Louis). Castaing (Paul-Marie-Louis). Bertrand (Henri-Charles-Frédéric). Allard (Nicolas-Paul). Gauchet (Ludovic-Paul). Darteyre (Louis-Dominique). Herlemont (Georges-Edmond). Guichard (André-Isidore). Jacquemet (Camille-Marcel-Benjamin). Malzac (Louis-Jean-Fernand). Barreyre (Félicien-Jean). Granboulon (Pierre-Guillaume). Seeligmann (Henry-Louis). Clavaud-Ribourgeon (Louis-Auguste). Bernard (Edouard-Armand). Sterne (Adrien-Alexandre). Lecomte Georges-Constant). Nevejan (Georges-Elie-Alphonse). Lefèbvre (Léon-Emile). Gamblin (Arthur-François-Joseph). Hanus (Paul-Antoine). — Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe. Les pharmaciens de 1re classe : MM. Duffour (Paul-Constant). Brouste (Pierre). Delpeut (Victor-Gabriel). Chapelle (Philippe). Bardaux (Jean-Baptiste). Janelle (Placide-Louis-Emile).

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — Sont nommés à l'emploi de médecin stagiaire des colonies les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine dont les noms suivent : MM. Caillet (Joseph-Lucien) Guiol (Octave-Louis-André). Mul (Pierre-Léon). Quessceveur (François-Marie). Astier (Antoine-Mathieu-Jules).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— Ont été promus au grade d'*Officier de la Légion d'honneur* : M. Comme, médecin en chef de la marine. — Au grade de *Chevalier* : M. Labadens, médecin de première classe de la marine. M. Mècre, docteur en médecine à Yokohama, médecin de la légation de la République à Tokyo.

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. Barbaux (Etienne-Albert), docteur-médecin à Quingey (Doubs), délégué cantonal. Blesson (Emile-Auguste), docteur en médecine à Montreuil-sous-Bois (Seine). Bocquillon-Limousin (Henry), pharmacien à Paris. Bonnet (Noel-Etienne), docteur en médecine à Paris. Carles (Pierre-Paulin), président de la Société de médecine de Bordeaux. Coulaud (Pierre-Camille), docteur en médecine, maire de Mouleydier (Dordogne), délégué cantonal. Le Dr Coupard (Gabriel-Jean), médecin du collège Stanislas à Paris. Empereur (Constantin), docteur en médecine à Bourg-Saint-Maurice (Savoie), délégué cantonal. Guérin (Louis-François), docteur en médecine, maire de Rougemont (Doubs), délégué cantonal. Guès (Adrien-Louis-François), directeur du service de santé à Rochefort (Charente-Inférieure). Hogg (Walter-Douglas), docteur en médecine à Paris, directeur des conférences de l'Union des femmes de France. Le Dr Hugot (François-Charles-Philémon), médecin de l'école normale d'institutrices de Laon (Aisne). Imbert (Albert), docteur en médecine à Castellane (Basses-Alpes). Martel (Johannis), docteur en médecine, professeur à l'Association des dames françaises, à Paris. Mathieu (Jean-Baptiste-Edouard), médecin inspecteur, directeur de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires. Le Dr Pottier (de Paris). Parenteau, docteur en médecine à Paris. Stœber (Victor-Adrien), docteur en médecine à Nancy (Meurthe-et-Moselle), conseiller municipal. Truelle (Auguste), pharmacien de première classe à Trouville-sur-Mer (Calvados), délégué cantonal. Van Merris (Adolphe-Camille Henri) médecin principal de première classe, chef de l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris. Vinant (Emile-Edouard), docteur en médecine à Paris. Violet (Louis), docteur en médecine à Paris. Le Dr Yot (Emile-Armand), médecin de l'école normale d'institutrices de Versailles (Seine-et-Oise).

LA PESTE EN ORIENT. — On mande du Caire (Egypte) le 13 mars. Le conseil sanitaire maritime d'Egypte a décidé, sur la proposition du président, de commander à l'institut Pasteur une quantité considérable de sérum antipesteux, destiné aux stations sanitaires, notamment au campement de Tor, pour le cas où la peste viendrait à se déclarer. Il a décidé, en outre, de faire l'acquisition d'un appareil à désinfection, grand modèle, Geneste-Herscher, qui se trouve actuellement à Suez et qui est appelé à rendre de signalés services. — Rogers-pacha est arrivé au Caire la semaine dernière, revenant de Bombay. Après avoir étudié consciencieusement les conditions sanitaires de cette ville, il est d'avis que les autorités européennes n'auront pas de peine à empêcher l'introduction de l'épidémie.

LA PESTE DANS LA PROVINCE DE BOMBAY. — Durant les cinq dernières années, il y aurait eu par an 12,274 décès en moyenne. Depuis le début de l'épidémie actuelle en 1896, jusqu'au 9 février, on aurait compté 23,604 décès à Bombay et dans les districts environnants. Depuis le 2 février jusqu'au 16 février, 27,263 décès. M. le Dr Yersin aurait commencé l'application de son sérum antipesteux. Les résultats déjà obtenus, auraient été qualifiés par un haut personnage anglais, de merveilleux.

LES ÉPIDÉMIES DANS LE SUD-AFRICAIN. — On télégraphie de Pretoria (Transvaal) à l'agence Havas : « Le bruit court que les deux docteurs de l'institut Pasteur, autorisés par le gouvernement du Transvaal à étudier les différentes épizooties du bétail, ont découvert un remède contre l'épizootie très redoutée qui sevit sur les chevaux dans tout le Sud-africain. »

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE EN 1897. — Le vingt-sixième Congrès de la Société allemande de Chirurgie se tiendra à Berlin du 21 au 24 avril prochain. Voici les questions mises à l'ordre du jour : 1° *Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac*; 2° *De l'emploi en chirurgie des rayons de Rœntgen*; 3° *Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate.*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunira le lundi 3 mai 1897, à 8 heures du soir, au palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris. Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au secrétaire général. A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes : 1° *Traitement de l'ozène*; rapporteur : M. Moure. 2° *Paralysies récurrentielles*; rapporteur : M. Lermoyez. 3° *L'oreille, le nez et le larynx au point de vue médico-légal*; rapporteur : M. Castex.

HÔPITAUX DE PARIS. — Le jury du *Concours pour l'internat en Médecine de l'hospice de Brévannes* est définitivement constitué par MM. Duflocq, Faure et Jeanselme.

Concours de Chirurgie. — Sujet de la composition écrite : *Région parotidienne; les phlegmons du plancher de la bouche.* — Les questions restées dans l'urne étaient : 1° *Nerfs de la main; phlegmons de la main;* — 2° *Méninges rachidiennes; complications du mal de Pott.*

Hôpital Bichat. — Un crédit de 1,000 francs vient d'etre voté par le Conseil municipal pour l'organisation, dans le service de chirurgie, de l'examen des malades par les rayons de Rœntgen.

NOUVEL HÔPITAL LAICISÉ. — L'hôpital de Marchenoir, commune du Loir-et-Cher, composée de 700 habitants, a été laïcisé en décembre dernier. Il a été fondé par une dame Hers, qui n'avait pas imposé de congrégations.

LES NEURASTHÉNIQUES. — M. André Hallays a fait une conférence lundi dernier, à trois heures et demie, à la Société des Conférences, 4, rue Caumartin. Sujet : les Neurasthéniques. — Voilà les littérateurs qui maintenant se mettent à faire de la Médecine! Rien d'étonnant dès lors à ce que les médecins fassent des romans!

LE CAFÉ ET SES EFFETS. — M. Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, a fait, boulevard Arago, 83, une conférence publique « sur le café, son usage et ses effets », à quatre heures de l'après-midi, le lundi 8 mars.

ACCIDENT DU A L'ELECTRICITÉ. — On signale de Rouen un accident d'électricité assez grave, dont une tempête a été la cause originelle. Un fil téléphonique, brisé par le vent, est tombé sur un des fils de la ligne des tramways du boulevard Cauchoise à Darnétal. A ce moment passait, revenant de Darnétal, une voiture à deux roues contenant trois personnes. Le fil téléphonique, dans sa chute, ayant atteint le cheval, une dérivation du courant du conducteur de la ligne des tramways s'est produite et l'animal a été foudroyé. Les fils téléphoniques et la ligne flambaient en crépitant à leurs points de contact. L'accident ne s'est malheureusement pas borné là. Au moment où tombait le cheval de M. P... passait à côté de lui une femme Pes..., âgée de quarante-deux ans ; le fil téléphonique brisé s'enroula, on ne sait comment, autour de sa jambe droite, lui causant de graves brûlures. Le brigadier de police Dumesnil, accouru à ses cris, tenta de la dégager ; mais à peine avait-il touché le fil qu'il recevait une commotion et était jeté à terre; un jeune homme, M. Georges M..., en se portant aussi au secours de la malheureuse femme pour tenter de la dégager, fut jeté à terre et brûlé au pied gauche. On put enfin interrompre le passage du courant et délivrer la victime principale qui fut portée à l'hospice général, où elle a reçu les soins que comportait son état ; après une assez longue période de torpeur et d'engourdissement, la femme Pes... s'est ranimée. Aux dernières nouvelles, les médecins ne s'étaient point encore prononcés sur les conséquences.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr GUILLEUX, de Conlie (Sarthe). — M. le Dr Gaston TOURNON (d'Istres, Bouches-du-Rhône). — M. PASCAL, médecin à Fos-sur-mer (Bouches-du-Rhône). — M. le Dr JOBERT (de Marseille). — M. le Dr COUILLAUD (d'Epernay). — M. le Dr DESTEZ (de Nantes). — M. le Dr NETELET (d'Ambleny).

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL TENON. — M. BÉCLÈRE. — Conférence clinique tous les vendredis, à 10 h. 1/2 (salle Pidoux).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr DOLÉRIS : obstétrique et la gynécologie, mardi et vendredis à 10 heures. — M. le Dr George THIBIERGE : *leçons cliniques sur les maladies de la peau*, le vendredi à 10 h. 1/2. Le mercredi et le samedi, à 9 h., consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques. — M. le Dr BABINSKI : conférences cliniques sur les *maladies du système nerveux*, samedis à 10 heures du matin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules VOISIN, le jeudi, à 10 h. du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses,* le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert BALLET et E. BRISSAUD. M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures, M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr RUE DE RENNES, 71

3e SÉRIE. T. V. N° 13 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 MARS 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat (*Service des consultations et Service hospitalier*) pendant l'année 1896;

par Félix TERRIER.
Chirurgien de l'hôpital Bichat. Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris.

2e SÉRIE. — VII : 1896.

A. CONSULTATIONS.

1° *Consultation chirurgicale externe.* — Cette consultation est faite sous la direction de mon ancien interne, M. le Dr Maurice Péraire, assisté de 2 externes et de quelques bénévoles. Comparativement aux années précédentes, le nombre des malades soignés et opérés à la consultation de l'hôpital Bichat, pendant l'année 1896 a augmenté dans des proportions considérables; ce que j'avais prédit. On peut en juger par le tableau suivant.

Janvier	3111
Février	4400
Mars	4181
Avril	3861
Mai	4314
Juin	3946
Juillet	3800
Août	3638
Septembre	3408
Octobre	2600
Novembre	1252
Décembre	712
Total de	39,223 malades.

Pendant l'année 1891, les malades soignés à cette consultation étaient au nombre de 10.549, pendant l'année 1892, de 10.578, pendant l'année 1893, de 12.105, en 1894, de 13.864 et en 1895, de 15.255. Néanmoins le chiffre de 39.223, obtenu cette année, diminuera certainement, étant donné le SECOND NOUVEAU RÈGLEMENT administratif. En effet, dans notre nouvelle circonscription, l'Assistance publique a enlevé un certain nombre de communes, entre autres Aubervilliers (25.000 habitants) pour les distribuer aux hôpitaux de Lariboisière et de la Pitié. Ceci peut être commode pour l'Administration; mais ce ne l'est certainement pas pour les malheureux malades et pour leurs familles. En tout cas, cette manière de faire est *absolument opposée* aux vœux formulés par le Conseil municipal, à savoir la proximité de l'hopital pour les malades, les blessés et pour leurs parents.

Ajoutons qu'on peut se rendre facilement compte de cette courbe descendante du nombre des consultants sur le tableau ci-joint. Cette diminution est manifeste à partir du 1er décembre 1896, époque à laquelle le *second nouveau règlement* a été appliqué.

Les circonscriptions qui nous étaient affectées étaient les suivantes : Aubervilliers, Bobigny, Pierrefite, Le Bourget, La Courneuve et Saint-Ouen, communes de banlieue.

Maintenant nous n'avons plus qu'Epinay, Saint-Ouen et Villetaneuse comme banlieue et les quartiers des Grandes-Carrières et des Epinettes comme circonscriptions parisiennes.

Dans le but de démontrer à l'administration de l'Assistance publique que la première circonscription qu'elle nous avait taillée était beaucoup trop étendue, j'avais prié M. Soulié, un des externes de cette consultation, de me fournir quelques indications sur les pansements qu'ils étaient obligés d'y faire; or, voici le tableau qu'il m'a remis :

Statistique des pansements en 1896 avant la nouvelle circonscription.

3 février au 2 mars	922
9 mars au 7 avril	885
9 avril au 8 mai	812
8 mai au 4 juin	894
5 juin au 3 juillet	636
3 juillet au 2 août	713

Et quelques esprits chagrins se plaignent que les élèves ne travaillent pas assez à l'hôpital!

Nous n'avons pas à revenir sur l'organisation de cette consultation; mais nous devons signaler dès maintenant sa réfection complète, surtout au point de vue de la distribution, acceptée en principe par l'Administration commencée depuis le 1er janvier et continuée avec une sage lenteur d'ailleurs.

Voici la liste des opérations, qui ont été faites à la consultation de chirurgie par mon assistant, M. Péraire, et les élèves; ces opérations, au nombre de 736, n'ont pas — au moins pour le plus grand nombre d'entre elles —, nécessité l'hospitalisation des opérés.

1° *Opérations pratiquées sur la tête et la face.*
(139 opérations).

Loupes du cuir chevelu. Ablation. Sutures.	13 opér.		13	guérisons
Plaies du cuir chevelu. Sutures.	2	—	2	—
Abcès froids du cuir chevelu. Excision. Curettage	5	—	5	—
Abcès furonculeux du cuir chevelu. Excision. Curettage.	1	—	1	—
Hématome du cuir chevelu. Incision. Curettage. Drainage. Sutures.	2	—	2	—
Nœvus du cuir chevelu. Ablation. Sutures.	1	—	1	—
Gomme syphilitique suppurée du cuir chevelu. Excision. Curettage.	1	—	1	—
Corps étranger (éclat de verre) du cuir chevelu. Ablation après débridement. Sutures	1	—	1	—
Kyste sébacé du front. Ablation. Sutures.	1	—	1	—
Lipome encapsulé de la région frontale. Ablation. Sutures.	1	—	1	—
Plaies du front. Sutures avec ou sans avivement.	6	—	6	—
Furoncle du front. Excision. Curettage.	1	—	1	—
Hématome de la région frontale. Incision. Curettage. Drainage. Sutures.	1	—	1	—
Abcès froid de la région frontale. Incision. Curettage. Drainage.	1	—	1	—
Abcès chaud du front. Incision. Drainage.	1	—	1	—
Ostéo-périostite du frontal. Incision. Curettage. Drainage.	1	—	1	—
Kyste sébacé de la région temporale. Ablation. Sutures.	3	—	3	—
Lipome de la région temporale. Ablation. Sutures	1	—	1	—
Epithélioma de la région temporale. Ablation. Sutures. Greffes.	1	—	1	—
Furoncle de la région temporale. Excision. Curettage.	1	—	1	—

Kyste sébacé de l'arcade sourcilière. Ablation. Sutures.	2 opér.	2 guérisons.
Kyste dermoïde de la queue du sourcil. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Plaie de la paupière supérieure. Sutures.	1 —	1 —
Kyste sébacé de la paupière supérieure. Ablation. Sutures.	2 —	2 —
Abcès de la paupière inférieure.	1 —	1 —
Corps étrangers de la cornée. Ablation.	4 —	4 —
Papillome de l'aile du nez. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Nœvus du nez. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Epithélioma du nez. Ablation. Autoplastie. Sutures.	1 —	1 —
Polypes muqueux des fosses nasales. Ablation par arrachement.	2 —	2 —
Mastoïdite suppurée. Incision. Drainage.	1 —	1 —
Fistule tuberculeuse pré-auriculaire d'origine ganglionnaire. Excision. Curettage.	1 —	1 —
Adénite tuberculeuse anté-auriculaire non suppurée. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Adénite pré-auriculaire suppurée. Incision. Curettage. Drainage.	3 —	3 —
Kyste sébacé du pavillon de l'oreille. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Epithélioma du pavillon de l'oreille. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Papillome du pavillon de l'oreille. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Fissure de lobule de l'oreille. Avivement. Sutures.	1 —	1 —
Fistule parotidienne. Ablation du trajet fistuleux. Sutures.	1 —	1 —
Parotidite suppurée. Incision. Drainage.	2 —	2 —
Abcès froid rétro-auriculaire. Incision. Curettage.	2 —	2 —
Molluscum pendulum de la joue. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Abcès furonculeux de la joue. Excision. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Kyste sébacé suppuré de la joue. Incision. Curettage.	1 —	1 —
Kyste sébacé de la joue. Ablation. Sutures.	3 —	3 —
Furoncle de la joue. Excision. Curettage.	2 —	2 —
Plaie de la joue. Sutures.	1 —	1 —
Volumineux hématome de la joue. Incision. Drainage.	1 —	1 —
Epithélioma de la joue. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Abcès du sinus maxillaire. Incision. Drainage.	1 —	1 —
Ostéo-périostite du maxillaire inférieur. Incision. Curettage. Drainage.	6 —	6 —
Ostéo-périostite du maxillaire supérieur. Incision. Curettage. Ablation d'un sequestre.	1 —	1 —
Fistule d'origine dentaire. Extraction dentaire simple.	1 —	1 —
Abcès d'origine dentaire. Incision.	5 —	5 —
Adénite sous-mentale suppurée. Incision Curettage. Drainage.	7 —	7 —
Adénite sous-maxillaire. Incision. Curettage. Drainage.	7 —	7 —
Adénite suppurée de l'angle du maxillaire inférieur. Incision. Curettage.	1 —	1 —
Filet. Incision.	9 —	9 —
Phlegmon amygdalien. Incision.	2 —	2 —
Grenouillette sublinguale. Excision. Thermo-cautérisation	2 —	2 —
Bec de lièvre simple. Avivement. Sutures.	1 —	1 —
Furoncle de la lèvre supérieure. Excision. Curettage.	1 —	1 —
Hypertrophie de la lèvre supérieure avec prolapsus de la muqueuse. Excision Sutures.	2 —	2 —
Papillome de la lèvre inférieure. Ablation Sutures.	2 —	2 —
Fissure de la lèvre inférieure. Avivement. Sutures.	1 —	1 —
Plaie de la lèvre inférieure Sutures.	2 —	2 —
Epithelioma de la lèvre inférieure. Ablation. Sutures.	1 —	1 amélior.
(Le malade a été perdu de vue).		

2° *Opérations pratiquées sur le cou* (110 opérations).

Kyste sebacé de la nuque. Ablation. Sutures.	1 opér.	1 guérison.
Abcès froid de la nuque. Incision. Grattage.	3 —	3 —
Furoncle de la nuque. Excision. Curettage.	5 —	5 —
Anthrax de la nuque. Eradication.	5 —	5
Ganglions cervicaux tuberculeux. Ablation. Sutures.	12 —	12 -
Adénites tuberculeuses suppurées Excision. Curettage. Drainage.	53 —	50 —
(3 malades encore en traitement).	3	améliorat.
Adéno-phlegmons cervicaux. Incision. Curettage. Drainage.	14 opér.	14 guérisons.
Plaie du cou. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Kystes sébacés suppurés du cou. Incision. Curettage. Drainage.	3 —	3 —
Kystes sébacés non suppurés. Ablation. Sutures.	2 —	2 —
Kyste crétacé du cou. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Corps étrangers du cou. Extirpation. Sutures.	2 —	2 —
Fistule tuberculeuse d'origine ganglionnaire. Ablation du trajet fistuleux. Sutures.	1 —	1 —
Abcès furonculeux du cou. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Furoncle du cou. Excision. Curettage.	1 —	1 —
Kyste séreux congénital du cou. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Kyste dermoïde congénital du cou. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 g. opérat.
(Le malade a eu une récidive. Réopéré de nouveau deux fois, il est encore en traitement).		
Angine de Ludwig. Incision. Drainage. Thermo-cautérisation	1 —	1 guérison.
Gomme tuberculeuse sus-sternale. Excision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Gomme syphilitique suppurée du cou. Excision. Curettage	1 —	1 —

3° *Opérations pratiquées sur le thorax et les seins.* (66 opérations).

Gomme tuberculeuse ramollie de la paroi costale. Extirpation complète. Thermo-cautérisation	2 opér.	2 guérisons.
Ostéite tuberculeuse costale avec abcès.	10 —	10
Abcès du sein, dont trois rétro-mammaires. Incision avec ou sans curettage. Drainage.	18 —	18 —
Ostéite traumatique costale avec abcès. Incision. Ablation d'un séquestre. Curettage (encore en traitement)	1 —	1 améliorat.
Tuberculose mammaire et tuberculose chondro-sternale. Résection du sein. Curettage de l'articulation chondro-sternale malade	1 —	1 guérison.
Tumeur sarcomateuse de la paroi thoracique. Ablation. Drainage. Sutures.	1 —	1 —
Fistule thoracique. Ablation du trajet fistuleux Curettage costal.	1 —	1
Adéno-phlegmon sous-pectoral. Grattage. Drainage	1 —	1 —
Hématome de la paroi thoracique. Incision. Drainage.	1 —	1 —
Plaie non pénétrante de poitrine. Sutures.	1 —	1 —
Balle de revolver dans la paroi thoracique. Extirpation. Sutures.	1 —	1
Hématome de la région mammaire. Incision. Drainage.	1 —	1 —
Mastite douloureuse des adolescents. Ablation du sein. Sutures.	3 —	3 —
Mastite suppurée des adolescents. Incision Curettage Drainage.	1 —	1
Molluscum pendulosum du mamelon droit. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Fibro-adénome du sein Ablation. Sutures.	4 —	4 —
Maladie kystique de la mamelle. Ablation. Sutures.	2 —	2 —
Fibro-adénome kystique du sein. Ablation. Sutures.	2 —	2 —
Galactocèle. Amputation du sein. Drainage. Sutures.	1 —	1

F[illegible] de la région [illegible]. [illegible] Curettage . . . 1 opér. 1 guérison.
[illegible] Éradication complète . . . 2 — 2 —
[illegible] . . . 10 opér. 6 guérisons momentanées. 4 améliorations.
(Les malades ont été perdus de vue.)

[illegible] opérations faites sur les membres supérieurs. ([illegible] opérations.)

Ganglions axillaires suppurés. Incision. Curettage. Drainage	15	opér.	15	guérisons
Adénite non suppurée de l'aisselle. Ablation. Sutures. Drainage	2	—	2	—
Adéno-phlegmons de l'aisselle. Incision. Curettage	3	—	3	—
Abcès tubéreux de l'aisselle. Incision. Grattage	11	—	11	—
Luxation intra-coracoïdienne de l'épaule. Réduction par le procédé de Kocher après anesthésie	1	—	1	—
Luxation sous-coracoïdienne de l'épaule. Réduction par traction simple et élastique après anesthésie.	2	—	2	—
Kyste sébacé suppuré de l'épaule. Ablation. Sutures	1	—	1	—
Gomme syphilitique suppurée de l'épaule. Excision. Curettage	1	—	1	—
Abcès froids du bras. Excision. Curettage. Drainage	2	—	2	—
Phlegmon circonscrit du bras. Incision. Drainage	1	—	1	—
Phlegmon diffus du bras. Incision. Drainage.	1	—	1	
Abcès furonculeux du bras. Excision. Curettage.	3	—	3	
Abcès de l'avant-bras. Extraction d'un corps étranger. Drainage.	1		1	—
Abcès froid de l'avant-bras. Excision. Curettage. Drainage	5	—	5	—
Abcès lymphangitique de l'avant-bras. Incision. Drainage.	1	—	1	—
Corps étranger de l'avant-bras. (Débris de verre). Ablation. Sutures. Drainage . .	1	—	1	—
Anthrax de l'avant-bras. Éradication complète.	2	—	2	—
Luxation du nerf cubital. Réduction après incision. Sutures. Drainage. (La malade a guéri salle Chassaignac où elle s'était fait admettre.)	1		1	
Hématome de l'avant-bras. Incision. Curettage. Drainage	1		1	—
Adéno-phlegmon épitrochléen. Incision. Curettage. Drainage	3	—	3	
Hygroma suppuré de la bourse pré-olécranienne. Incision. Curettage. Drainage .	2	—	2	
Plaie de l'avant-bras. Sutures. Drainage .	3		3	—
Furoncles de l'avant-bras. Excision. Curettage	3	—	3	
Éruption furonculeuse de l'avant-bras. Excision. Thermo-cautérisation . . .	1	—	1	—
Fistules du coude. Excision. Curettage. Sutures. Drainage	1	—	1	
Adénite épitrochléenne non suppurée. Extirpation. Suture. Drainage. . . .	1	—	1	—
Adénite épitrochléenne suppurée. Excision. Ablation par morcellement. Sutures. Drainage.	2		2	—
[illegible] du pli du coude. Excision. Curettage	2	—	2	—
Luxation du coude en arrière. Réduction simple avec anesthésie.	1	—	1	—
Luxation du coude avec fracture de l'olécrâne. Réduction avec anesthésie. Appareil plâtré. Massage	1		1	—
Hémarthrose de l'articulation du coude. Fracture par éclatement de l'olécrâne. Incision. Curettage. Ablation des esquilles. Drainage. Sutures.	1	—	1	—
Ostéite tuberculeuse de l'épicondyle. Incision. Curettage. Drainage	1	—	1	
[illegible] du poignet. Ablation. Sutures. Drainage	8	—	8	—
[illegible] fongueuse du poignet. Excision. Curettage. Drainage	5	—	5	—
Synovite tendineuse à grains riziformes du poignet. Dissection. Ablation totale des gaines. Drainage	2	opér.	2	guérisons.
Abcès furonculeux du poignet. Incision. Curettage. Drainage	2	—	2	—
Furoncles du poignet. Excision	2	—	2	—
Tumeur cornée de la main. Ablation. Sutures.	1	—	1	—
Plaies de la main. Sutures. Drainage. . .	3	—	3	—
Sutures après avivement.	1	—	1	—
Corps étrangers des mains et des doigts. Ablation. Sutures avec ou sans drainage.	30	—	30	—
Panaris. Incision avec ou sans curettage. Drainage . . . . (Quatre malades ont été perdus de vue, les deux autres ont dû subir des résections osseuses complémentaires et sont classés plus loin.)	57	—	51	—
Plaie du dos de la main avec section des tendons extenseurs de l'index. Avivement. Suture tendineuse	1	—	1	—
Phlegmon de la face dorsale de la main. Incision. Drainage	7	—	7	—
Phlegmon de la paume de la main. Incision. Curettage. Drainage	27	—	27	—
Hématome du dos de la main. Incision. Drainage	1	—	1	—
Papillome de la face dorsale de la main. Ablation. Sutures	1	—	1	—
Verrues du dos de la main. Ablation. Sutures	3	—	3	—
Lupus du dos de la main. Excision. Sutures.	1	—	1	—
Doigts supplémentaires. Ablation. Sutures.	4	—	4	—
Ostéo-nécrose du pouce. Résection de la phalangine et de l'extrémité de la phalange. Sutures. Drainage.	1	—	1	—
Spina ventosa du pouce. Incision. Curettage.	1	—	1	—
Plaie du pouce avec section du tendon de l'extenseur propre. Avivement. Suture tendineuse. Drainage	1	—	1	—
Plaie du pouce. Sutures.	1	—	1	—
Section de l'index. Régularisation de la plaie et résection de la phalangine. Sutures. Drainage	1	—	1	—
Ostéo-nécrose de la phalangette de l'index. Ablation de la phalangette	1	—	1	—
Ablation de la phalangette et résection de la phalangine.	1	—	1	—
Section du tendon fléchisseur de l'index. Avivement. Suture tendineuse	1	—	1	—
Exostose du deuxième métacarpien. Ablation. Drainage. Sutures	1	—	1	—
Kyste à grains riziformes du médius. Incision. Curettage. Sutures. Drainage . .	1	—	1	—
Papillome du médius. Extirpation. Sutures.	2	—	2	—
Gangrène phéniquée du médius. Désarticulation métacarpo-phalangienne. Sutures. Drainage	1	—	1	—
Ostéo-nécrose de la phalangette du médius. Ablation avec ou sans sutures	6	—	6	—
Ostéo-nécrose de la phalangine du médius. Désarticulation phalango-phalanginienne. Sutures. Drainage	1	—	1	—
Panaris du médius ayant envahi la gaine des fléchisseurs. Ostéo-nécrose du troisième métacarpien. Désarticulation de cet os avec le doigt correspondant. Sutures. Drainage	1	—	1	—
Hématome suppuré du médius. Incision. Curettage. Drainage	1	—	1	—
Kyste synovial de la gaine du tendon fléchisseur du médius. Ablation. Sutures. Drainage	1	—	1	—
Ostéo-nécrose de l'annulaire. Désarticulation métacarpo-phalangienne. Sutures. Drainage	1	—	1	—
Hématome de l'annulaire. Incision . . .	1	—	1	—
Plaie de l'auriculaire. Ablation d'esquilles. Sutures.	1	—	1	—
Plaie de l'auriculaire. Sutures.	1	—	1	—
Névrite ascendante de l'avant-bras par corps étranger de l'auriculaire. Ablation du corps étranger. Sutures	1	—	1	—

Ostéo-nécrose de l'auriculaire. Désarticula-

tion phalango-phalangettienne. Résection de la phalangine	1 opér.	1 guérison.

5° *Opérations sur les membres inférieurs.*
(100 opérations.)

Adénites inguinales. Incision. Grattage. Drainage	4 opér.	4 guérisons.
Adénite crurale non suppurée. Ablation Drainage. Sutures	1 —	1 —
Adénites crurales suppurées. Incision. Grattage. Drainage	3 —	3 —
Phlegmon de la fesse. Incision. Drainage	1 —	1 —
Furoncles de la fesse. Excision. Curettage	2 —	2 —
Abcès furonculeux de la fesse. Incision. Grattage. Drainage	4 —	4 —
Abcès froid de la fesse. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Furoncles de la cuisse. Excision. Curettage	3 —	3 —
Anthrax de la cuisse. Eradication	1 —	1 —
Abcès froid de la cuisse. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Abcès froid de la région trochantérienne. Incision. Curettage du trochanter. Drainage	1 —	1 —
Ostéite de la crête iliaque. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès furonculeux de la cuisse. Excision. Curettage	2 —	2 —
Hygroma d'un moignon de la cuisse. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Hygroma pré-rotulien. Ablation. Sutures Drainage	5 —	5 —
Corps étranger du genou (aiguille implantée dans la synoviale). Incision. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Furoncle du genou. Excision. Curettage	1 —	1 —
Abcès lymphangitique du genou. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Kyste synovial de la jambe. Excision. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Plaie de la jambe. Sutures	3 —	3 —
Abcès sous-aponévrotique de la jambe. Incision. Grattage. Drainage	1 —	1 —
Gommes tuberculeuses de la jambe. Incision. Curettage. Drainage	4 —	4 —
Ostéo-périostite traumatique du tibia. Incision. Curettage Drainage	1 —	1 —
Abcès lymphangitique de la jambe. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès furonculeux de la jambe. Excision. Curettage	1 —	1 —
Exostose de croissance du tibia. Ablation à la gouge et au maillet. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Phlegmon de la jambe. Incision. Drainage	1 —	1 —
Synovite fongueuse de la jambe et ostéomyélite tuberculeuse du tibia. Incision. Grattage. Tunellisation du tibia. Sutures. (Le malade a été perdu de vue)	1 opér.	1 amélioral.
Abcès du cou-de-pied. Incision. Curettage. Drainage	7 —	7 guérisons.
Papillome corné du pied	1 —	1 —
Phlegmon du pied. Incision. Drainage	1 —	1 —
Synovite tuberculeuse médio-tarsienne. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Ostéo-nécrose du gros orteil. Ablation de la phalangine et curettage de la phalange	1 —	1 —
Durillon forcé du gros orteil. Incision. Grattage. Drainage	3 —	3 —
Hygroma de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Ostéo-nécrose des phalanges du gros orteil. Curettage. Résection de la phalange	1 —	1 —
Fistule tuberculeuse du gros orteil. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès du gros orteil. Incision. Curettage Drainage	1 —	1 —
Abcès en bouton de chemise de la plante du pied. Incision. Grattage. Drainage	8 —	8 —
Ostéo-arthrite du gros orteil. Désarticulation métatarso-phalangienne. Drainage, Sutures	1 —	1 —
Durillon forcé du cinquième orteil. Incision	1 opér.	1 guérison.
Chevauchement du cinquième orteil. Redressement après ténotomie. Sutures	1 —	1 —
Ongles incarnés. Ablation. Procédés divers	20 —	20 —
Orteil en marteau. Ostéotomie cunéiforme. (Procédé Terrier)	1 —	1 —

Deux appareils plâtrés ont été placés pour fracture du tibia (et sept pour fractures de l'avant-bras).

6° *Opérations pratiquées sur l'abdomen et l'anus.*
(25 opérations).

Hernie inguinale. Cure radicale. Drainage. Sutures	1 opér.	1 guérison.
Papillome de l'ombilic. Ablation. Cautérisation au thermo cautère	2 —	2 —
Abcès froid de la paroi abdominale. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès furonculeux de la paroi de l'abdomen. Excision. Curettage	2 —	2 —
Furoncle anthracoïde des parois abdominales	2 —	2 —
Kyste sébacé. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Abcès de la marge de l'anus. Excision. Curettage	9 —	9 —
Condylomes de l'anus. Ablation par curettage. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Fistule anale. Excision. Curettage	1 —	1 —
Hémorrhoïdes externes. Ablation au thermo-cautère après ligature	3 —	3 —
Fissure anale. Dilatation	1 —	1 —
Abcès de la fosse ischio-rectale. Incision. Drainage	1 —	1 —

7° *Opération sur les organes génitaux de la femme.*
(1 opération).

Abcès de la glande de Bartholin. Incision. Curettage. Drainage	1 opér.	1 guérison.

8° *Opérations sur les voies génitales de l'homme.*
(33 operations).

Phimosis. Débridement dorsal avec ou sans sutures	5 opér.	5 guérisons.
Phimosis. Circoncision. Sutures	4 —	4 —
Paraphimosis. Simple réduction	1 —	1 —
Paraphimosis. Débridement dorsal	1 —	1 —
Végétations condylomateuses de la verge. Extirpation par curettage et cautérisation au thermo-cautère	1 —	1 —
Molluscum contagiosum de la verge. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Cicatrices vicieuses de la verge. Ablation du tissu scléreux. Greffe cutanée. Sutures	2 —	2 —
Hydrocèle de la tunique vaginale. Cure radicale. Sutures. Drainage	7 —	7 —
Varicocèle. Résection du scrotum. Sutures	6 —	6 —
Atrésie congénitale du méat urinaire. Débridement et dilatation extemporanée	1 —	1 —
Ectopie testiculaire. Orchidopexie	1 —	1 —
Epididymite tuberculeuse avec abcès Incision. Curettage. Résection de la tête de l'épididyme. Drainage	1 —	1 —
Fistule tuberculeuse de l'épididyme. Ablation du trajet fistuleux. Curettage de l'épididyme. Sutures	1 —	1 —
Abcès furonculeux du scrotum. Incision. Curettage	1 —	1 —

En résumé :

1° Sur la tête et la face	139 opérations.
2° Sur le cou	110 —
3° Sur le thorax et les seins	66 —
4° Sur les membres supérieurs	262 —
5° Sur les membres inférieurs	100 —
6° Sur l'abdomen et l'anus	25 —
7° Sur les organes génitaux de la femme	1
8° Sur les voies génitales de l'homme	33 —
Total	736 opérations.

En tout 736 opérations, sans accidents immédiats ou ultérieurs.

2° La *Consultation de Gynécologie*, faite par mon ancien interne, M. le Dr Guillemain, prosecteur à la Faculté, médaille d'or des hôpitaux, assisté de mon ancienne externe, Mlle le Dr Desmolières, a lieu les lundi et vendredi ; 2.141 malades se sont présentées, tandis qu'en 1895, il y en avait eu 2.376. Il faut attribuer cette diminution, en somme peu importante, aux circonscriptions hospitalières qui ont éloigné de l'hôpital Bichat un certain nombre de malades.

Janvier	267	consultantes.
Février	223	—
Mars	246	—
Avril	217	—
Mai	130	—
Juin	153	—
Juillet	161	—
Août	171	—
Septembre	145	—
Octobre	177	—
Novembre	133	—
Décembre	118	—
Total	2,141	consultantes.

Comme d'habitude, chaque nouvelle malade reçoit un numéro d'ordre, sous lequel elle est inscrite avec son nom, son âge, le diagnostic détaillé de sa maladie, son traitement, de sorte que quand elle revient on est vite fixé sur l'état qu'elle présentait lors de sa première visite. Dans le cours de l'année 1896, 510 malades nouvelles se sont présentées, c'est à elles et à un certain nombre d'anciennes malades de l'année précédente qu'ont été données les 2,141 consultations.

Voici ces malades rangées d'après la nature de leur maladie :

I. — *Maladies des organes génitaux.*

Cancer de la grande lèvre	1
Abcès de la grande lèvre	2
Bartholinites non suppurées	3
— suppurées	3
Herpès de la vulve	2
Chancres mous de la vulve	1
Syphilis secondaire vulvo-anale	7
Végétations vulvo-anales	2
Vulvo-vaginites blennorrhagiques aiguës	20
Metrites catarrhales	106
Métrites hémorrhagiques	43
Salpingo-ovarites	74
Hématocèles	3
Rétro-déviations utérines	30
Anté-déviations utérines	15
Latero-deviations utérines	4
Prolapsus génitaux	23
Fibromes utérins	39
Polypes de l'utérus	2
Cancers de l'uterus	23
Kyste de l'ovaire	2
Cancer de l'ovaire	1
Déchirures du périnée	5
Nevralgies pelviennes, lombaires et abdominales avec lésions insignifiantes de l'uterus et de ses annexes	45
Grossesses	[illegible]
Avortements compliqués d'infection	2

II. — *Maladies des voies urinaires.*

Polypes de l'urèthre	4
Cystites	10
Reins mobiles	7
Incontinence d'urine	1
Fistules vesico-vaginales	1
Cancer de la vessie	1

III. — *Divers.*

Eventration	2
Kyste hydatique du foie	1
Cancer de l'intestin	1
Cancer du rectum	1
Rétrécissement du rectum	1
Prolapsus du rectum	1
Fistules à l'anus	3
Fissure à l'anus	1
Hémorrhoïdes	1
Hernie ombilicale	1
Hernies crurales	3
Hernie inguinale	1
Adénites inguinales suppurées	2
Appendicite	1

Le nombre des interventions que l'on peut faire à la consultation de gynécologie est forcément restreint, la plupart de ces opérations nécessitant un séjour au lit et par suite l'admission des malades dans les salles. Il a été opéré cependant :

2 abcès de la grande lèvre.
2 bartholinites non suppurées.
1 polype de l'utérus.
4 polypes de l'urèthre.
2 fistules à l'anus.
2 adénites inguinales suppurées.

En tout, 13 opérations sans aucun accident. Depuis quelques mois, les métrites catarrhales sont traitées par des applications intra-utérines bi-hebdomadaires de teinture d'iode ; et on a fait quatre fois de l'ignipuncture profonde sur les gros cols. M. Guillemain se propose de continuer ces deux modes de traitement et d'en faire connaître ultérieurement les résultats basés sur un grand nombre de cas.

On peut noter, comme nous l'avons fait l'an dernier, la diminution de cette consultation toute spéciale, depuis les nouvelles circonscriptions (*première et deuxième manière*). Nombre de femmes appartenant à des quartiers très divers venaient se faire examiner et soigner à la consultation de l'hôpital Bichat, sachant y trouver une consultation utile ; la division arbitraire de Paris en circonscriptions les en empêche maintenant. J'ai dit et je répète ici que je ne comprends pas cette manière d'entendre l'assistance des pauvres dans un pays qui se *dit démocratique*.

3° La *Consultation externe d'Electrothérapie*, toujours sous la direction de mon élève, M. le Dr Mally, a eu lieu *trois fois* par semaine, comme d'habitude.

L'agrandissement du local où elle se fait permettra de traiter un plus grand nombre de malades, si surtout nous pouvons obtenir un matériel suffisant.

Les 168 malades nouveaux, traités pendant l'année 1896, portent le nombre des séances d'électrisation ou d'examen à 3.497.

Amyotrophies. Arthrites traumatiques. Douleurs articulaires, etc.	27
Amyotrophie progressive	3
Amyotrophie réflexe	4
Maladie de Basedow	3
Chorée	4
Chéloïdes (cicatrices)	2
Crampe des écrivains	2
Fibromes utérins	4
Hystérie (paralysies)	5
Névroses traumatiques	3
Névralgies	11
Paralysie radiale	19
— médiane	8
— cubitale	7
— grand dentelé	3
— infantile / pieds bots / hémiplégie infantile	15
— voile du palais	1
pseudo-hypertrophique	1

Hémiplégies 10
Prolapsus du rectum 2
Péri-arthrite scapulo-humérale 11
Paraplégies. 2
Incontinence d'urine 4
Tabes 7
Tarsalgie 6
Sciatique 6
Zona. 2
Total. 168

4° Les *Consultations pour les maladies des yeux* qui ont lieu une fois par semaine (le mercredi) ont été faites par M. le Dr Morax, mon ancien interne. Malgré les *entraves multiples apportées par l'administration au fonctionnement de ce service* (suppression du tableau indiquant les consultations spéciales, renvoi des malades en traitement, etc.), 1.265 malades s'y sont présentés et 19 opérations ont été pratiquées :

3 ténotomies pour strabisme.
7 incisions du point lacrymal.
6 chalazions : incision et curettage.
1 blépharorrhaphie.
1 discision pour cataracte congénitale.
1 extraction de capsule pour cataracte secondaire.
Soit 19 opérations et 19 guérisons.

5° Les *Consultations des maladies des oreilles, du nez et de la gorge* ont été faites les mercredis par mon ancien élève interne M. le Dr Malherbe, assisté de Mme Magnus, docteur en médecine, ex-élève du service.

Le nombre des consultants a un peu augmenté sur l'année dernière (1873 au lieu de 1744), malgré l'influence néfaste des circonscriptions hospitalières.

Voici le résumé des opérations qui y ont été pratiquées :

I. — *Oreilles.*

3 Paracentèses pour otite moyenne aiguë. . . . 3 guérisons.
6 Extractions de corps étrangers du conduit auditif externe : 1 coquillage, 2 perles, 2 cailloux, 1 mouche . . . . 6 —
3 Incisions de furoncle du conduit auditif exerne. 3 —
2 Incisions et grattage d'abcès du conduit auditif. 2 —
2 Ablations de polype du conduit auditif externe sous le bromure d'éthyle. . . . . 2 —
7 Opérations sous le chloroforme :
2 Otites moyennes aiguës suppurées avec antromastoïdite, évidement pétro-mastoïdien. . . . 2 —
2 Polypes de la caisse avec otorrhée chronique, évidement pétro-mastoïdien avec ouverture large de la caisse . . . . 2 —
3 Cas de surdité chronique : catarrhe sec et sclérose, évidement pétro-mastoïdien et mobilisation des osselets. . . . . 3 —

II. — *Nez.*

75 Cautérisations doubles au galvano-cautère pour rhinite hypertrophique (32 malades). . . . . 32 guérisons.
54 Cautérisations au galvano-cautère pour éperons et déviations (26 malades). . . . . 26 —
4 ablations d'éperon avec déviation. (Scie de Bosworth). . . . . 4 —
2 Cautérisations pour un papillome de la narine (1 malade). . . . . 1 —
18 Extirpations à l'anse froide de polypes fibromuqueux des fosses nasales, cautérisations. (14 malades) . . . . 14 —

III. — *Bouche et pharynx.*

24 Cautérisations au galvano-cautère pour pharyngite chronique, granuleuse, etc. (12 malades). 12 —
10 Amygdalotomies doubles pour hypertrophie des amygdales. . . . . 10 —
2 Amygdalotomies unilatérales. . . . . . . 2 —
40 Cautérisations au galvano-cautère pour hypertrophie moyenne des amygdales (12 malades). 12 —
6 Incisions de phlegmons de l'amygdale. . . . 6 —
1 Section du frein de la langue. . . . . . . 1 guérison.
50 Grattages à l'aide de la curette de Schmidt sous le bromure d'éthyle pour tumeurs adénoïdes . . . . 50 —
5 Cautérisations d'un lupus de la lèvre supérieure (1 malade). . . . . 1 améliorat.
Sous le chloroforme :
1 Sinusite maxillaire, trépanation (fraise mue par l'électricité) par la voie alvéolaire après ablation de la dent . . . . 1 guérison.

IV. — *Larynx.*

7 Attouchements endo-laryngés à l'acide lactique pour ulcérations tuberculeuses (3 malades). 3 améliorat.
12 Attouchements endo-laryngés avec une solution de sulfo-ricinate de soude pour tuberculose laryngée (4 malades) . . . . 4 améliorat.
1 Ablation à l'aide des pinces de Mackensie d'un polype du larynx implanté au niveau de la commissure antérieure des cordes vocales. . 1 guérison.
5 Dilatations à l'aide de dilatateurs métalliques pour sténose laryngée (1 malade). . . . . 1 améliorat.

Relevé des Consultants (Année 1896).

MOIS.	Chirurgie.	Gynécologie.	Electricité.	Ophtalmologie.	Oreilles, Nez, Gorge.	Totaux.
Janvier.	3111	267	334	112	171	3995
Février	4400	223	409	179	181	5392
Mars.	4181	246	468	182	193	5270
Avril.	3861	217	464	204	228	4974
Mai.	4314	130	275	76	165	4960
Juin	3946	153	240	97	145	4581
Juillet	3800	161	253	99	165	4478
Août.	3638	171	260	75	154	4298
Septembre.	3408	145	264	113	193	4123
Octobre..	2600	177	206	53	103	3119
Novembre.	1252	133	167	31	85	1668
Décembre	712	118	157	44	90	1121
Totaux.	39223	2141	3497	1265	1873	47999

Soit en tout 47.999 consultants au lieu de 23.520 de l'an dernier, augmentation que, je le répète encore, j'avais prévue l'année dernière, étant donnée la circonscription taillée pour l'hôpital Bichat qui comportait au bas mot 162.000 habitants et qui vient d'être diminuée d'environ 20.000 habitants. Du reste, cette énorme circonscription n'a pas empêché l'administration d'utiliser pour la consultation recevant 48.000 PERSONNES, DEUX ÉLÈVES EXTERNES, UNE SUPPLÉANTE (1), UN GARÇON DE SALLE et un INFIRMIER qui est à la fois panseur dans la matinée et veilleur la nuit au bureau des entrées. C'est, comme je l'ai déjà dit, une très grande économie, mais il serait à désirer qu'elle portât sur le personnel de l'administration centrale et non sur le personnel hospitalier actif.

De cette façon le surmenage des élèves et des employés ne continuerait pas à s'effectuer comme par le passé et cela malgré mes réclamations.

Du reste, la nouvelle circonscription déterminée par l'Assistance publique renferme encore plus de 140.000 habitants pour un hôpital de 70 lits de chirurgie, soit deux lits (un d'homme et un de femme) pour 4.000 habitants, ce qui conduit encore fatalement à l'encombrement des salles par les brancards et comme d'habitude à une *hygiène hospitalière absolument nulle.*

(*A suivre*).

(1) Sur ma demande, cette suppléante vient d'être nommée sous-surveillante, l'administration tenant enfin compte des services considérables qu'elle rend à la consultation.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le nouvel Asile d'Aliénés du canton de Berne à Münsingen.

L'hospice de la Waldau à Berne, construit en 1855 pour 230 malades, n'a pas tardé à être insuffisant; il en contenait 246 en 1860, 295 en 1869, 342 en 1872: depuis une quinzaine d'années, la population moyenne était de 350; pendant les années 1889 et 1890 il a contenu 390 malades, près du double du nombre qu'il devait recevoir. Pour loger cet excès, on avait dû approprier l'ancien « Tollhaus » bâti à la fin du siècle passé et deux fermes transformées en colonies. L'asile de la Waldau ne répondait plus d'ailleurs aux exigences de la science psychiatrique moderne et on ne jugea pas à propos de l'étendre au point de satisfaire aux besoins. On décida la construction d'un nouvel asile dans le domaine du château de Münsingen, traversé par la ligne de Berne à Thun, à 16 kilomètres de Berne, dans un site magnifique, en face de la Jungfrau, à proximité d'une gare. Ce domaine avait été vendu à bas prix au gouvernement, à condition qu'il y construirait un hospice. Le terrain est sec et présente de bonnes conditions d'écoulement des eaux et d'aménagement d'eaux potables.

La construction a été faite suivant un système mixte. Elle se compose d'un bâtiment principal en forme de fer à cheval et de six pavillons pour les pensionnaires, les semi-paisibles et les agités. Dans le corps central du bâtiment principal tourné au sud-est se trouvent les locaux de l'administration. A droite et à gauche de ce corps central se trouvent les divisions des pensionnaires de seconde classe; puis viennent les paisibles de troisième classe, les gâteux et paralytiques; enfin, aux deux extrémités du fer à cheval, les divisions cliniques pour les nouveaux arrivés. Un peu plus en arrière, dans le prolongement du bâtiment principal, et à une distance d'environ 25 mètres, sont placés les pavillons pour les malades semi-agités. La partie postérieure de l'établissement est formée par les pavillons des malades agités, furieux et dangereux. Deux pavillons distincts placés en avant et à une certaine distance à gauche et à droite, sont destinés aux pensionnaires. Dans l'axe principal de l'établissement, sur la ligne qui sépare les quartiers des hommes (à gauche) de ceux des femmes (à droite), et vers le point central, se trouve le bâtiment de service, comprenant la cuisine et la buanderie avec leurs dépendances, le local des machines et les bains, les locaux destinés à la désinfection, la glacière.

A l'endroit le plus reculé de l'établissement se trouvent d'un côté le pavillon mortuaire et de l'autre le logement du chef machiniste.

On avait prévu un bâtiment des ateliers pour la division des hommes, mais ces services sont jusqu'à présent relégués dans les sous-sols. Il existe une usine à gaz, et on prévoit des arrangements pour l'éclairage électrique. La salle des fêtes est aussi dans ce groupe central de bâtiments, et un local pour les cultes.

Dans tous les quartiers, à l'exception de ceux qui sont destinés aux gâteux et aux paralytiques, la distribution est faite dans le sens vertical, c'est-à-dire que les salles de jour se trouvent au rez-de-chaussée, tandis que les dortoirs sont au premier étage. Dans les quartiers de gâteux et de paralytiques, où les malades sortent peu du lit, les salles de jour sont à côté des dortoirs; de sorte que chacun des étages superposés a à peu près la même distribution et la même destination.

Chaque quartier a son jardin; les quartiers des furieux en ont même chacun trois, pour que ces malades puissent le moins possible se rassembler et faire du bruit, et aussi pour qu'on puisse mieux les séparer d'après leur position sociale antérieure et les caractères de leur maladie. Les salles de jour donnent directement sur les jardins. Il n'y a que les quartiers de furieux qui sont entourés de murs de trois mètres de hauteur; les autres ne sont fermés que par des palissades basses. Dans plusieurs jardins, il y a des pavillons et des allées couvertes. Tous ont une fontaine d'eau courante et des cabinets.

Non seulement les jardins, mais les corridors sont munis de fontaines; du reste, la distribution d'eau est très abondante dans tous les services.

La partie du milieu du principal corps de bâtiment contient au sous-sol les logements des portiers, des ouvriers. Au rez-de-chaussée surélevé se trouvent les bureaux, la pharmacie, le laboratoire et la bibliothèque; aux deux étages supérieurs, les logements du directeur-médecin en chef, du second médecin, du troisième médecin et du gérant.

L'aspect extérieur des fenêtres est le même dans toutes les parties de l'établissement. Dans le quartier des cellules des malades dangereux ou criminels, les traverses des fenêtres, qui sont en fer dans toutes les sections, sont plus rapprochées, et les vitres sont en verre très solide, de 2 centimètres d'épaisseur, résistant à un choc violent; toutefois un grillage extérieur ne serait peut-être pas superflu, c'est ce que l'expérience montrera.

La plus grande partie de l'établissement est tendue de toile vernie à l'huile; mais dans les divisions des agités cette disposition n'est pas pratique, car les malades déchirent la toile difficile à réparer.

Un grand nombre de portes de communication sont vitrées, mais si cette disposition a des avantages au point de vue de la surveillance, elle a des inconvénients au point de vue de la dépense. Le bris des vitres est tel chez les demi-calmes, qu'on a dû faire mettre des traverses pour réduire les dimensions des vitres et amoindrir la dépense.

La quantité d'eau à faible pression est suffisante; mais la difficulté de l'eau à haute pression n'est pas résolue: au lieu de 100 litres par minute, il en faudrait 300.

Le mobilier est assez pratique en général; on a supprimé les toiles cirées sur les tables qui sont simplement bien huilées. Sur les bancs, la toile de cuir a été remplacée dans les divisions d'agités par de la toile à voile, plus solide et plus facile à réparer.

Les excréments solides et liquides et les eaux ménagères sont conduits dans des réservoirs pour être utilisés comme engrais pour la culture du domaine. Le trop-plein de ces réservoirs est conduit dans l'Aar par des égouts.

Le chauffage est réalisé par huit calorifères à vapeur et à basse pression, dont le réglage se fait automatiquement. Les cellules sont chauffées par des serpents parcourus par la vapeur et installés sous le parquet; le seul inconvénient de ce système est que la chaleur peut devenir trop grande, si le chauffeur est négligent: les malades qui couchent à nu sur le varech risquent quelquefois de se brûler.

Le bâtiment de service est chauffé à la vapeur à haute pression: les mêmes chaudières fournissent la vapeur pour la cuisson des aliments et pour la mise en action des différents moteurs.

Les quartiers des malades récemment admis, des paisibles et des semi-paisibles n'ont que la ventilation naturelle facilitée par des coulisses dans les portes et par la disposition des salles dans le sens vertical. Les quartiers des gâteux et des agités sont pourvus de ventilateurs soufflants qui n'ont pas encore fonctionné.

Le téléphone relie le bâtiment d'administration et le

bureau de la direction avec toutes les parties de l'établissement.

Tous les bâtiments sont construits en briquetage, les corniches et les chambranles en molasse, les caves et fondations en béton. Les couvertures sont en tuiles cannelées et en carton bitumé. Les escaliers sont en granit. Les planchers sont en frises de chêne : dans les locaux où on fait usage de beaucoup d'eau, ils sont en ciment. Dans les chambres où se tiennent les agités qui se déshabillent, le plancher est constitué par des comprimés de sciure de bois et de ciment (xylolithe) qui ont l'avantage d'être mauvais conducteurs de la chaleur et d'éviter le refroidissement des malades.

Le plan de la construction comporte une organisation pour 500 malades, 250 hommes et 250 femmes, divisés pour chaque sexe en : *a*) nouveaux admis, 30 ; *b*) paisibles, 50; c) semi-paisibles, 50; *d*) gâteux, paralytiques, 40; *e*)agités, 30; *f*) pensionnaires, 30 ; *g*) pensionnaires de première classe, 20. Il n'y a de place que pour 470 malades et les quartiers de femmes sont déjà remplis.

La surface totale de l'établissement comprise à l'intérieur des clôtures est de 94,800 mètres carrés, l'ensemble de la surface bâtie est de 11,023 mètres carrés sans les galeries de communication qui couvrent 2.040 mètres carrés. La dépense prévue de l'établissement. sans le mobilier, avait été de 3,300,000 pour 500 malades, soit 6,226 par lit. On a commencé à bâtir en 1892 et on a terminé en 1895 : les premiers malades ont été admis en mars. On a commis la faute de remettre à la fin les plantations; l'asile est absolument sans ombrage : le gouvernement cherche actuellement à y remédier en faisant planter quelques grands arbres. Ce défaut d'arbres est regrettable non seulement pour les malades des sections, mais surtout pour les pavillons des pensionnaires trop exposés au soleil et insuffisamment protégés contre les bruits venant des divisions. Les familles ont déjà une grande tendance à préférer les établissements privés ; les défauts des pensionnats des asiles publics ne font que justifier cette tendance. Les pensionnats de Münsingen restent vides. bien que l'installation en soit confortable et bien comprise.

A première vue, l'asile de Münsingen a l'air d'un asile ouvert; il doit cet aspect à la légèreté des clôtures. Les portes n'y sont pas ouvertes et elles ne peuvent guère l'être en raison de la présence d'un bon nombre d'alcooliques et d'aliénés dangereux ou délinquants, nécessitant une surveillance étroite qui doit s'étendre nécessairement aux autres : l'indiscipline se gagne. Dans la première année, il s'est produit 22 évasions par manque de surveillance du personnel qui se fie aux portes et oublie que l'asile n'est pas entouré de grands murs.

L'établissement possède 217 arpents de terre de culture avec des bâtiments de ferme, un moulin, une boulangerie ; on va établir aussi une boucherie. La colonie des femmes compte actuellement 17 personnes, celle des hommes 8. On y a toujours des places libres : quand les malades sont suffisamment remis pour pouvoir séjourner à la colonie, leur famille ou leur commune les place presque toujours ailleurs par économie. Dans l'asile même, un certain nombre de malades trouvent à s'occuper utilement à la cuisine, à la buanderie, à la lingerie, à faire des sacs en papier, des étuis de bouteilles en paille, etc.; mais la grande majorité travaille aux champs.

Au 31 décembre 1895 (1), le personnel se composait de 26 infirmiers et de 29 infirmières, en tout 55 pour 427 malades, soit 1 pour 7.8. Actuellement il y a 27 infirmiers et 34 infirmières pour 489 malades, soit 1 pour 8.

Il y a 3 médecins, 1 gérant, 1 employé de bureau, 1 économe. Les serviteurs de l'administration comprennent 2 bonnes, 1 garçon de bureau, 1 portier avec aide, 1 valet, 1 commissionnaire, 1 machiniste, 1 serrurier, 1 chauffeur, 1 gazier, 1 maçon, 1 aide chauffeur, 4 tailleurs, 2 cordonniers, 1 ouvrier en corbeilles, 2 menuisiers, 2 jardiniers. A la cuisine et à la lingerie, il y a 1 gouvernante, 1 lingère, 3 blanchisseuses, 4 couturières, 2 cuisinières, 3 filles de cuisine, 1 servante. Le personnel des salles comprend 1 infirmier et 1 infirmière en chef, 61 infirmiers et infirmières. A la ferme, il y 2 valets en chef, 2 maîtresses ouvrières, 1 cuisinière, 3 servantes, 15 valets, 1 boulanger et un meunier. Le personnel comprend au total 133 personnes. Il n'y a pas de personnel spécial pour les cultes : tous les quinze jours, un pasteur protestant vient régulièrement de Belp, et tous les mois un vicaire de Thun vient assurer le culte catholique.

On organise dans l'année deux assemblées. La première a lieu à la fenaison, le soir du 30 juin, avec bière, saucisses, pain. La deuxième a lieu à la moisson, le 11 août. Du reste on cherche des prétextes à réunir les malades et le personnel, les uns considérant ces réunions comme une récompense, les autres comme un encouragement. Elles offrent une récréation utile pour les infirmiers dont la tâche est lourde. Les sociétés de chant et de musique de Berne et de Thun viennent plusieurs fois donner des concerts. Il y a toutes les 4 semaines des réunions dans la salle des fêtes ; les employés font souvent de la musique; on fait venir une fois une troupe de théâtre et une fois un prestidigitateur. On organise de temps en temps des excursions ; les valides vont à pied, les autres en voiture : 60 à 70 hommes ou femmes prennent part à ces excursions. Deux fois plus assistent aux fêtes de Noël à la chapelle. On y envoie des environs de nombreux cadeaux. Dans l'établissement même les infirmières ou employés disponibles se réunissent dès l'automne une fois par semaine, le soir, pour confectionner des vêtements afin d'ajouter les cadeaux utiles aux autres.

En somme, l'asile de Münsingen est un asile bien construit, bien distribué, bien aménagé, autant au point de vue de l'hygiène qu'au point de vue du bien-être des malades. A part quelques objections de détails, il peut servir de modèle. Le service médical est tenu par M. Glaser, médecin en chef, et MM. Good et Weber, second et troisième médecins ; leur zèle éclairé est un sûr garant que l'institution conservera longtemps sa place au premier rang.

Ch. FÉRÉ.

(1) *Jahresbericht der beiden bernischen Kantonale Irrenanstalten Waldau und Münsingen für das Jahre* 1895.

UN MÉDECIN EXPLORATEUR. — Un célèbre explorateur de l'Afrique, M. le Dr Joseph Auguste Moloney, d'origine Irlandaise, vient de mourir à l'age de trente-huit ans, des suites d'une hématurie contractée pendant l'expédition du Katarga dans laquelle il joua un role important. Après avoir exercé, pendant quelques années, la profession médicale à Londres, M. Moloney fit au Maroc un voyage qui décida de sa carrière : il ne rêva plus que d'explorations. En 1891, il fut agréé comme médecin de l'expédition Stairs, par la compagnie du Katanga ; on trouve le récit de ses aventures et le compte rendu de ses travaux en 1891 et 1892 dans l'ouvrage qu'il publia en 1893 sous ce titre : « Avec le capitaine Stairs au Katanga. » Au commencement de l'année dernière, M. Moloney accepta le commandement d'une expédition anglaise qui partit en mai 1895 pour explorer les territoires situés à l'occident des lacs Nyassa, aux environs de la rivière [illegible] ; il atteignit, non sans de grands efforts, le but qu'il se proposait et réussit à établir des rapports d'amitié avec plusieurs chefs indigènes de la région. (*Rev. méd.* 8 octobre 1896, nº 119)

NOMINATIONS. — M. le Dr Ruffer, professeur à l'École de médecine du Caire, a été nommé président de la commission de quarantaine, en remplacement de M. Miéville, qui s'est retiré.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Entérocolite et appendicite.

M. CHAMPIONNIÈRE, dans une communication d'une très grande importance pratique, montre l'étiologie complexe de l'appendicite : infection, corps étrangers et lithiase de l'intestin, entérocolite. Il insiste très justement sur le rôle de l'encombrement intestinal et sur les faits complexes avec association de typhlite et pérityphlite. Ce qui prouve, du reste, que dans les accidents groupés sous le nom d'appendicite, l'état de l'appendicite n'est pas tout; ce sont ces observations, rapportées non seulement par lui, mais par Reclus, par Roux (de Lausanne), où l'ablation de l'appendice n'entraîne pas la guérison immédiate. Les accidents, dits appendiculaires sont plus fréquents qu'autrefois ; ils sont plus fréquents dans les villes que dans les campagnes ; ils sont plus fréquents dans certains pays. Amérique du Nord, Allemagne, que chez nous. Ce n'est pas dû à des caractères de race portant sur l'appendice, mais à l'hygiène alimentaire. De même l'appendicite familiale ne reconnaît pas comme cause une malformation appendiculaire héréditaire, mais une même hygiène alimentaire défectueuse.

M. Championnière rappelle l'utilité de l'évacuation intestinale dans les menaces de péritonite après la laparotomie. L'opium, au contraire, par la constipation qu'il provoque, augmente les accidents. Cette règle s'applique également à l'appendicite. Elle permettra souvent d'éviter une intervention dont la mortalité reste assez grande et qui, de plus, chez les sujets gras, expose à l'éventration consécutive. Chez les sujets ayant eu des poussées appendiculaires, le repos trop absolu est souvent plus nuisible qu'utile. L'appendicite survient souvent chez des gens actifs, antérieurement condamnés accidentellement au lit.

M. DIEULAFOY reconnaît que l'appendicite, trop méconnue autrefois, est actuellement trop facilement diagnostiquée. Aujourd'hui, par un revirement soudain, l'appendicite devient tellement envahissante qu'on en voit partout; on décrit des appendicites consécutives à la grippe, aux fièvres éruptives, aux amygdalites, aux entérites, aux entérocolites muco-membraneuses. Dans la très grande majorité des cas, il ne s'agit pas d'appendicite, mais de typhlite, ce qui est absolument différent. Il y a de la typhlite, comme il y a de l'entérite et de la colite. Au point de vue de la pathogénie, M. Dieulafoy reste fidèle à sa théorie de l'exaltation de la virulence en cavité close.

Extraction du cristallin transparent dans la myopie.

M. VACHER (d'Orléans) présente un malade entièrement myope, qui a été très amélioré par l'extraction du cristallin. Les principaux avantages de l'extraction du cristallin sont la vision distincte au loin, l'augmentation de la grandeur des images rétiniennes, la diminution considérable de la réfraction et une prophylaxie du décollement de la rétine. Il ne faut pas opérer les yeux qui n'ont que 1/10 d'acuité visuelle ; et on n'opérera qu'un œil et de bonne heure à partir de 12 ans seulement si le sujet est atteint de 13 dioptries ou moins de myopie.

Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche.

M. le Pr HOFFA (de Wurzbourg) présente une petite malade, opérée par son procédé avec un résultat des plus remarquables. Il présente de plus une série de radiographies, montrant très nettement la luxation de la tête fémorale avant l'opération et le rétablissement après celle-ci des rapports normaux.

Jusqu'ici, M. Hoffa a opéré, soit par son procédé, soit par celui de M. Kummen, 190 malades. Il n'a eu que six cas de morts, dont cinq au début de ces opérations, à la période de tatonnements et d'essai.

Déclaration de vacance.

L'Académie déclare la vacance d'une place de membre titulaire dans la deuxième section (Pathologie médicale) en remplacement de M. Straus, décédé.

Elections.

Sont élus correspondants nationaux (1re division). MM. DEBIERRE (de Lille) et RENOU (de Saumur).

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 mars 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Entérocolite mucineuse chez les enfants.

M. COMBY insiste sur la fréquence de l'entérite mucineuse chez les enfants. Elle peut affecter, soit une forme lente, chronique, que la présence seule de fausses membranes dans les selles permet de diagnostiquer, soit une forme aiguë avec fièvre. M. Comby préconise contre cette affection la diète lactée et même la diète absolue. On devra ensuite veiller soigneusement à l'alimentation des malades, quand bien même ils ne présenteraient pas de troubles digestifs apparents.

M. SIREDEY note la coïncidence fréquente de la colite pseudo-membraneuse, de l'expulsion de sables intestinaux et de la prédisposition aux appendicites.

Tubercule solitaire de la moelle.

M. MARFAN présente une moelle atteinte de tuberculose solitaire, développée au niveau des deuxième et troisième paires sacrées. Ce malade présentait en outre de l'hématomyélie, des des hémorrhagies sous-arachnoïdiennes et de l'inflammation des veines pie-mériennes; outre de la paraplégie spasmodique, il était atteint de rétention d'urine.

Un cas de lèpre.

M. THIBIERGE présente une femme au facies éléphantiasique, atteinte de lèpre anesthésique et tuberculeuse sur la face, les avant-bras et les membres inférieurs. Cette malade aurait contracté cette affection dans son pays natal, Valence en Espagne.

M. RENDU, dans un voyage, a pu examiner à Morlaix un lépreux typique, qui était originaire de cette ville et ne l'avait jamais quittée.

Arthrite à gonocoques.

M. WIDAL a pu, dans le liquide provenant d'une ponction pratiquée dans une arthrite, constater la présence du gonocoque et obtenir des cultures de ce microbe.

Pyohémie à staphylocoques et ulcère rond.

M. WIDAL, en son nom et au nom de M. MESLAY, donne le compte rendu de l'autopsie d'un malade mort de pyohémie staphylococcique. Ils constatèrent des abcès nombreux de la péricardite, de l'endocardite, etc., et un ulcère rond perforant de l'estomac. Bien que l'on n'ait pu trouver de staphylocoques dans les parois de l'ulcère, comme dans toutes les autres lésions, M. Widal est persuadé que primitivement l'ulcère stomacal était infectieux.

Pneumococcie.

M. DUFLOCQ a trouvé des pneumocoques dans divers examens du sang pratiqués chez un malade atteint d'une pneumonie centrale grave avec ictère.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 mars 1897. — PRÉSIDENCE DE M. E. DELENS.

Angiocholite infectieuse à coli-bacille et cholécystostomie à fixation première.

M. LEJARS. — Un homme fut pris, après deux ans de douleurs modérées, d'un attaque violente et d'un ensemble de symptômes, qui firent faire le diagnostic d'angiocholite. Après laparotomie et suture du fond de la vésicule à la paroi abdominale, on ouvrit cette vésicule, pleine de bile épaisse, qui ne montra aucun calcul ni aucune trace d'oblitération ; on se con-

tenta de la cholécystostomie. Mais au bout de huit jours, nouveaux phénomènes d'arrêt de l'écoulement biliaire dans l'intestin ; puis tout rentra dans l'ordre. A l'examen bactériologique on trouva des coli-bacilles. C'est donc une infection aiguë, durant deux ans, sans calculs, dans la vésicule et qui s'est guérie par le seul drainage de la vésicule.

M. MICHAUX. — Il peut arriver que, malgré l'absence des calculs dans la vésicule, il soit possible de laisser échapper, si on n'examine pas les selles, une multitude de petits calculs, qui sont une véritable lithiase intestinale, que l'on retrouve dans les selles et seulement au microscope.

Péritonite purulente et laparotomie.

M. RICHELOT fait un rapport sur une observation envoyée par M. le Dr MALAPERT (de Poitiers). Petite fille de 9 ans ; contusion du ventre. Au vingtième jour, ponction et l'on retire un litre de pus. Ce n'est qu'au bout d'un mois que fut acceptée la laparotomie. On sortit trois litres de pus, puis lava le péritoine. Pus localisé dans les deux fosses iliaques et le petit bassin ; on tamponna et le cinquième jour, on substitua un drain au tamponnement. Guérison assez rapide. N'aurait-on pas là affaire à une péritonite essentielle des jeunes enfants ? M. Richelot croit plutôt à une tuberculose péritonéale, éveillée par le traumatisme.

M. QUÉNU est porté à croire aussi que l'on aurait plutôt eu affaire à une tuberculose : Chez une jeune femme, chez laquelle il avait diagnostiqué un kyste végétant de l'ovaire par la laparotomie, il sortit un pus fétide, absolument indépendant de la masse intestinale. Rien du côté des trompes. Drainage. L'infection secondaire qui se produisit par le Staphylococcus albus contraignit à faire une ouverture par le cul-de-sac postérieur. Dès ce moment, la température redevint normale jusqu'au jour où la tuberculose se manifesta. Les premiers accidents étaient dus à une péritonite tuberculeuse, stérile et latente.

M. REYNIER adopte complètement ces idées. Le malade de M. Malapert a guéri (ce qui n'arrive pas dans la péritonite généralisée) parce qu'en réalité il y avait localisation. Il a opéré un malade, dans des conditons analogues : Etat tellement misérable que l'on pouvait hésiter à l'opérer. Sous la cocaïne, je fis la laparotomie, qui donna issue à deux litres de pus, dans un foyer limité par les anses intestinales. Deux drains, et le malade guérit en un mois. Examen bactériologique négatif. Six mois après cet homme est revenu avec un abcès du crâne (bacilles de Koch). Actuellement le malade a des accidents tuberculeux.

M. BRUN. — Je ne suis pas de cet avis. La malade de M. Malapert a présenté le tableau de la péritonite à pneumocoques. C'était une petite fille ; elle avait du pus très abondant, verdâtre, et qui guérit relativement facilement. Hypothèse pour hypothèse, il aime plutôt la sienne que celle de tuberculose.

M. KIRMISSON parle dans le même sens que M. Brun. Ces péritonites sous-abdominales ont parfois tendance à s'ouvrir à l'ombilic.

M. RECLUS présente un malade guéri d'une *fracture des jambes*.

M. MONOD présente un malade atteint de *kyste hydatique de la partie supérieure du foie.* M. B.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 4 mars 1897. — PRÉSIDENCE DE M. O. BEAUREGARD.

M. VOLKOW donne lecture d'une analyse d'un mémoire important de M. NIEDERLE (en Tchèque) sur l'*Origine des Slaves*.

M. le Dr CAPITAN présente des *silex du type de Saint-Acheul* qu'il a recueillis près de Lavignole dans la Vezère. Cette vallée célèbre possède donc des stations de toutes les époques quaternaires.

Diverses présentations sont faites par MM. de Mortillet, Zaborowski, Fouju, Viré. Et une importante discussion a lieu sur la *situation et l'avenir des indigènes de l'Algérie* entre MM. Zaborowski, Sanson, Collignon.

M. LETOURNEAU donne lecture d'un mémoire du Dr HADHNE sur les *pratiques empiriques des Flandres à la fin du* XIXe *siècle*. L'emploi du pigeon vivant est étonnament répandu. Dans un cas, l'auteur a vu placer, sous un enfant à toute extrémité, successivement trois pigeons, le bec dans l'anus. Ces pigeons étouffèrent tous les trois. Mais, dans l'esprit des parents, ils devaient débarrasser, par son intestin, le malade de son mal. Dans la pleurésie, on ouvre des pigeons vivants en deux et on les applique tout chauds sur les parties malades. Dans la méningite, une application semblable se fait sur le front, etc...

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 9 mars 1897.

Sarcome endothélial du nerf optique.

M. KALT. — Un enfant, âgé de cinq ans, m'est présenté pour des symptômes de tumeur orbitaire du côté droit. Le globe oculaire est projeté en avant, en bas et en dehors, et fait une saillie de 6 millimètres. L'appareil musculaire est intact, et la cécité complète. On perçoit par la palpation une tumeur arrondie dans le sillon orbito-palpébral, en haut et en dedans. Cette tumeur se prolonge en arrière vers le fond de l'orbite. Une ponction exploratrice ne donne pas de liquide. Quelques jours après, une lotion intempestive au sublimé au 1 5.000e provoque une ulcération de la cornée avec infiltration et abcès circonscrit de la cornée. Malgré cela, on pratique l'extirpation de la tumeur, qui englobe complètement le nerf optique et s'arrête au trou optique. Le globe est remis en place après désinfection énergique de l'ulcération, et on pratique la suture des paupières. Quelques jours après, il survient de l'infection orbitaire et une méningite qui emporte le malade en dix jours. Dans l'exsudat méningé, on constate du pneumocoque. L'autopsie fait en outre constater l'existence d'un noyau secondaire de la tumeur siégeant au niveau du chiasma. La tumeur est formée par de grandes cellules fusiformes qui se rapprochent des cellules endothéliales des gaines du nerf optique, dont la néoplasie paraît dériver. Le nerf optique, au niveau de la tumeur, est complètement détruit, et on ne trouve plus aucun cylindraxe.

M. MORAX. — Je demanderai à notre confrère quelle était la structure des vaisseaux propres de la tumeur. Existait-il un système de lacune dépourvue de parois propres ou au contraire des vaisseaux néoformés ? Quant au reproche qu'on lui a adressé d'avoir conservé le globe oculaire, je le crois mal fondé d'une manière générale. Il existe un certain nombre d'observations où une tumeur circonscrite du nerf optique a pu être enlevée sans que l'énucléation ait été nécessaire. Je n'ai pas encore eu l'occasion de pratiquer l'opération de Krönlein qui consiste à faire une résection temporaire de la paroi externe de l'orbite et qui permet d'atteindre facilement toute l'étendue de cette cavité, mais je crois qu'il y a lieu de la tenter et qu'il ne faut pas rejeter en principe la conservation du globe oculaire dans tous les cas de néoplasie du nerf optique.

M. JOCQS. — Je remarque, à propos de la direction de l'exophtalmie, que l'œil était porté en dehors et en bas. C'est un fait de plus à l'encontre de l'opinion de de Græfe qui faisait de la propulsion directe du globe en avant, un signe à peu près constant des tumeurs du nerf optique. Or, dans mon travail sur les *tumeurs du nerf optique*, en 1887, la statistique des cas connus que j'ai pu recueillir m'a donné une forte majorité en faveur de la déviation du globe oculaire et cette déviation était surtout latérale comme dans l'observation de M. Kalt. Peut-être faut-il en voir la cause dans la direction de l'axe orbitaire. Dans le cas de M. Kalt, l'extirpation de la tumeur a été suivie de méningite et de mort. Je crois que ce fâcheux accident ne serait pas arrivé si M. Kalt ne s'était pas efforcé de conserver le globe oculaire. Dans les cas de tumeur du nerf optique, en effet, où souvent la tumeur se prolonge à travers le trou optique dans le crâne, on ne saurait trop se mettre à l'abri de l'infection qui peut se propager facilement par la large surface de section du néoplasme. Or je considère l'ablation du globe comme une condition indispensable pour bien mener l'opération et la faire avec toute l'antisepsie désirable.

M. PARENT. — Je crois que la conduite la plus prudente consiste à enlever le globe oculaire, et il me suffit de me rappeler le temps où l'on pratiquait la névrotomie optico-ciliaire. J'ai vu plusieurs fois la mort suivre cette intervention déplo-

rable, d'ailleurs, à tous les points de vue. Je suis de l'avis de M. Jocqs au sujet de la nécessité de l'ablation de l'œil dans l'extirpation d'une tumeur du nerf optique. Avant tout il faut bien voir ce que l'on fait et, pour cela, se donner un champ opératoire aussi vaste que possible. L'avantage de garder un œil privé de vision ne prime pas la sécurité que donne l'ablation de l'organe.

M. Darier. — Il y a deux ou trois ans, je vous ai présenté un malade chez lequel on avait fait l'exentération de l'orbite, pour une tumeur du *nerf optique, un myxosarcome.* Je revois très souvent ce malade, qui n'a jamais eu trace de récidive et qui se porte toujours très bien. Il est intéressant de connaître les résultats éloignés de ces opérations ; c'est à ce seul point de vue que j'ai voulu vous donner des nouvelles de ce cas.

M. Vuillomenet. — Notre collègue pouvant avoir affaire à une tumeur encapsulée, à fort bien pu suivre la conduite qu'il a tenue et ne pas enlever de prime-abord, un organe qui pouvait ne pas être en cause.

M. Vacher. — Il y a plusieurs années, j'ai fait, pour une tumeur du nerf optique, une résection de ce nerf de 12 à 15 millimètres de longueur, en pénétrant au fond de l'orbite par la voie externe et en conservant le globe oculaire. Les suites furent normales, mais au bout de quelques mois le globe devint terne, douloureux, et je dus, pour éviter des complications qui étaient à prévoir, procéder à l'énucléation de l'œil primitivement conservé. Ma tentative cosmétique eût donc pour résultat, deux opérations et des souffrances plus longues pour le malade. C'est pour cela que dans un cas analogue, je procéderais d'emblée à l'énucléation en faisant une traction assez forte sur le nerf optique afin de le sectionner aussi loin que possible. La résection optico-ciliaire a donné beaucoup de mécomptes et je pense que cette opération doit être abandonnée, dans la majeure partie des cas.

M. Vignes. — La nécropsie de son sujet a montré à M. Kalt que la tumeur intra-orbitaire s'était propagée jusqu'au chiasma. Evidemment, il n'existait, durant la vie, aucun signe oculaire, telle la réaction de Vernicke, capable de laisser soupçonner cette propagation, puisque notre collègue s'est décidé à intervenir. Quant au mode d'intervention, j'estime que celui défendu par M. Parent, chaque fois que l'on se trouve en présence d'une tumeur dont on veut poursuivre les prolongements, est le plus efficace. Il est difficile, en effet, de couper au loin le nerf optique et d'exenterrer l'orbite, aussi complètement qu'après énucléation même si l'on procède en réséquant temporairement la paroi extraite de l'orbite, comme vient de le dire M. Morax.

M. Kalt. — On sait que les tumeurs du nerf optique sont habituellement des tumeurs bénignes et que les résultats éloignés de l'intervention sont bons dans le plus grand nombre de cas. Je ne pouvais prévoir l'existence d'une tumeur chiasmatique, d'autant plus qu'il s'agissait d'un enfant de cinq ans, ne parlant pas, et dont il m'a même été impossible de voir le fond de l'œil. On peut conserver le globe oculaire. Si, dans ce cas particulier, je n'ai pas suivi la voie externe pour atteindre l'orbite, c'est que je croyais à l'existence d'un kyste sébacé. Je reconnais que j'ai eu tort de conserver un globe dont la cornée était infiltrée.

J'ai pratiqué plusieurs fois la névrotomie optico-ciliaire sans accidents; c'est, d'ailleurs, une opération que je ne recommanderai pas. Quant aux vaisseaux propres de la tumeur, ils avaient l'aspect caractéristique observé dans les sarcomes : le sang circulait dans des lacunes sans parois propres, mais entourées d'une masse hyaline.

D'une cause de retard de cicatrisation chez les opérés de cataracte.

M. Bourgeois (de Reims). — Un homme, âgé de 60 ans, bien portant d'ailleurs, a été opéré de cataracte de l'œil droit au mois de septembre 1896 : l'opération a été faite avec iridectomie, l'autre œil ayant été perdu par traumatisme et le malade en ayant refusé l'énucléation.

Au bout de dix jours, la chambre antérieure n'était pas refermée, l'iris restait appliqué contre la cornée, celle-ci ayant conservé une transparence parfaite. Tonus normal. Aucune douleur. Mais la paupière inférieure est renversée en dedans; et cet état s'accuse d'autant plus que le pansement est maintenu, d'autre part celui-ci ne peut être retiré tant que la chambre antérieure n'est pas rétablie. L'entropion inférieur est certainement ici la cause du retard de fermeture de la plaie cornéenne. En effet, le bourrelet formé par la paupière inférieure renversée en dedans presse avec une certaine force à l'endroit même où l'on appuie, pendant l'opération, pour faire entrebailler la plaie cornéenne au moment de l'extraction.

L'entropion a été opéré, le quatorzième jour après l'extraction, par le procédé de Gillet de Grandmont, en ayant soin de ne pas couper les fils, après les avoir noués, mais en leur laissant au contraire toute leur longueur, afin de pouvoir exercer sur eux une légère traction au moment de l'application du pansement, pour empêcher celui-ci de faire reprendre à la paupière sa mauvaise direction.

Dès le lendemain la chambre antérieure était reformée, et trois jours après, le pansement fut supprimé.

Suites de l'opération excellentes, comme vision. Entropion guéri définitivement.

Il y a certainement des cas où un entropion, même léger, peut occasionner un retard de cicatrisation. Certains de ces cas peuvent passer inaperçus, si, au moment de la levée du pansement, la paupière reprend sa place d'elle-même. Il est indiqué alors de passer à travers la paupière inférieure un seul fil, bien aseptisé, ou bien deux ou trois, selon le degré de retournement, d'après les données de l'observation précédente. Cette intervention est d'ailleurs inoffensive.

M. Vacher. — Il existe plusieurs causes de retard de la cicatrisation cornéenne : l'état général du sujet, l'emplacement de la section et la présence entre les lèvres de la plaie d'un débris capsulaire ou d'une légère hernie de l'iris. Je ne parle pas de la présence d'un débris capsulaire qui provient d'une faute de l'opérateur, d'un défaut de nettoyage complet des lèvres de la plaie. Les hernies de l'iris se produisent malgré les précautions les plus minutieuses, quelquefois plusieurs jours après l'opération ; mais on peut en diminuer le nombre par le choix de la section et son emplacement. Voici la section que j'emploie depuis plus de dix ans, et comme M. Galezowski est présent je lui demanderai de me dire si elle se rapproche de la sienne. Avec mon couteau à double tranchant je ponctionne et contre-ponctionne la cornée dans le limbe scléro-cornéen à peu près à la hauteur du centre de l'iris, de manière à détacher presque la moitié de la cornée. Je chemine ainsi jusqu'au dernier quart de la section que je termine en ramenant fortement le tranchant du couteau en avant pour obtenir, *à la limite de la cornée transparente,* une fin de section normale à la cornée, comme je l'obtiens dans toute son étendue avec mon couteau courbe que j'ai présenté il y a 5 ans à la Société. Je crois qu'une section le plus possible normale à la cornée se cicatrise mieux et donne moins de hernies de l'iris. J'ai fait à l'heure actuelle plus de 1,300 extractions de cristallins et la moyenne des hernies de l'iris de ma statistique oscille entre 3 et 4 pour cent, chiffre qui me paraît légèrement inférieur à celui qu'on admet généralement. Je crois pouvoir attribuer ce résulat à la section que j'emploie. Je reviens aux causes du retard de la cicatrisation. Les deux dont je viens de parler ne produisent que des retards de cicatrisation partielle. Car il y a là un véritable obstacle et non un manque de vitalité de la plaie cornéenne comme je l'ai observé la semaine dernière. Il s'agit d'un de mes derniers opérés, âgé de 74 ans, atteint de débilité sénile et de paralysie incomplète d'une moitié du corps avec léger ptosis. Pendant 12 jours la plaie cornéenne resta la même sans aucune tendance à la cicatrisation. Le matin le pansement était humide et dès que j'ouvrais l'œil avec beaucoup de précaution je voyais s'entrebâiller la plaie et sourdre un peu d'humeur aqueuse. Je me décidai enfin à toucher très légèrement les lèvres de la plaie avec une solution iodo-iodurée et dès le lendemain la cornée commença à se cicatriser sans autre accident. Il s'agissait donc bien là d'une véritable atonie provenant de l'état général de l opéré.

M. Jocqs. — J'ai observé un cas anologue à celui de M. Bourgeois. Il s'agissait d'un homme de 70 ans environ, qui dès le jour de l'opération eut un entropion spasmodique permanent. Pendant près de trois semaines, la chambre antérieure resta

aplatie, l'humeur aqueuse s'écoulant par un très petit pertuis non cicatrisé. Je pris le parti de laisser l'œil ouvert, sans bandeau, et au bout de 48 heures la cicatrisation était complète. J'incriminai ici, plutôt que la compression par le bourrelet de l'entropion, la pression générale spasmodique continue des deux paupières.

M. PARENT. — Tous les procédés de section normale à la surface cornéenne ont pour inconvénient le pincement de l'iris aux angles, et, par conséquent, peuvent prédisposer à une cicatrisation tardive. Il ne faut pas oublier non plus l'influence de la cocaïne sur la cicatrisation. Millingen a montré que, chez le lapin, l'œil opéré à la cocaïne se cicatrisait beaucoup moins rapidement que l'œil témoin non cocaïné.

M. GALEZOWSKI. — Les retards de cicatrisation sont dues le plus souvent à ce que la conjonctive ou l'iris sont pincés dans la plaie. Pour éviter cela, il faut, après l'opération, ne pas négliger de réduire l'iris et d'écarter la conjonctive en dehors.

M. VIGNES.— Je ne crois pas que l'entropion, que détermine le port du bandeau chez les personnes âgées, soit une cause réellement efficiente du retard de cicatrisation. On l'observe bien réquemment et les retards de cicatrisation sont infiniment plus rares. Le tissu cellulaire lâche de la paupière se laisse facilement infiltrer au point de faire basculer le cartilage; mais cette infiltration disparaît avec la gêne de circulation en retour qu'occasionne le bandeau et l'entropion ne m'a paru, dans aucun cas, devoir être l'objet d'une intervention. En admettant comme M. Jocqs que l'irritation que provoque l'entropion amène la contraction spasmodique de l'orbiculaire, il est certain que l'action se répartit également sur toute la surface de l'œil par l'entremise des tarses. Les paupières étant closes, une augmentation de pression en un point donné susceptible de tenir la plaie comme entrebaillée me semble difficile à admettre. Chez nos deux opérés, la solution de cocaïne et mon incision étaient comme à mon habitude; je n'ai rien changé à mon *modus faciendi* et n'ai pas observé de retard de cicatrisation, depuis les deux sur lesquels j'ai attiré notre attention. Depuis la communication de M. Ranvier à l'Académie des sciences, sur le mode de réparation des plaies cornéennes, j'ai pensé que la chute de l'épithélium bordant pouvait avoir amené le revêtement de toutes l'épaisseur des lèvres de l'incision et empêché la coaptation d'une de ses portions. En un mot, que la cicatrisation n'a eu lieu qu'après une période de fistulisation et a dû survenir par le fait de la desquamation du néoépithélium qu'a pu produire la répétition de mes examens et pansements plus fréquents dans les derniers jours. C'est une hypothèse qu'il faudrait vérifier histologiquement.

M. DESPAGNET. — L'incision que pratique M. Vacher est semblable à celle que M. Parinaud a recommandée précisément pour obtenir le retard de la cicatrisation dans le but d'éviter les hernies de l'iris. Elle a, comme celle dont M. Vacher vient de faire le dessin, la forme trapézoïde. D'autre part, je ferai remarquer que le schema de M. Vacher n'est pas non plus à rapprocher de l'incision de M. Galezowski; celle-ci est, en effet, ellipsoïde et ne peut donc pas avoir d'angles.

M. KŒNIG. — Je ne crois pas que l'hypothèse de M. Bourgeois soit justifiée. Il paraît difficile de concevoir que l'entropion spasmodique puisse être une cause de retard pour la cicatrisation, parce que l'enroulement de la paupière inférieure se fait dans le cul-de-sac et la pression exercée ainsi sur le globe oculaire doit être bien minime. Tout le monde sait, par exemple, que pour disjoindre les lèvres de la plaie cornéenne, avant ou après l'extraction, il est nécessaire de contrebalancer la pression exercée sur le segment inférieur du globe par une autre qui a lieu à la partie supérieure. Or, dans le cas dont parle M. Bourgeois, la paupière supérieure constitue plutôt un moyen de protection pour la plaie. Si, toutefois, l'entropion peut être incriminé, ce doit être dans des cas relativement rares. Je dirai à M. Vacher que la plupart des orateurs, qui ont pris part à la dernière discussion, ont surtout plaidé en faveur des causes locales. L'interprétation est, en effet, difficile avec la prétendue influence des états dyscrasiques. Il est certain qu'ils ne manqueraient pas de provoquer des troubles de nutrition qui retentiraient sur la plaie cornéenne et la rendraient opaque. Or, dans ces retards signalés, l'intégrité du lambeau est complète.

KŒNIG.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VII. — Sur l'action de la glande thyroïde (1); par Julius DONATH.

VII. — L'auteur a expérimenté la glande thyroïde, à certains points de vue particuliers, notamment quant à l'influence de cet organe sur l'alcalinité et le nombre des globules rouges du sang, sur la température et le poids du corps, ainsi que sur les reins et les urines.

HISTORIQUE. — Les premières découvertes cliniques, qui ont mis tout d'abord en lumière l'importance physiologique, pathologique et thérapeutique de la glande thyroïde, ont fait valoir les expériences de Schiff sur la thyréodectomie chez les chiens. Parurent ensuite des communications sur l'isolement du principe actif. C'est la *Thyréoprotéide* de Notkin (2), matière albuminoïde complexe, analogue, d'après Frænkel (3), à la *Thyréoprotéine* de Budnow, et à la *Thyréonucléoalbumine* de Morkotun; cette substance formée dans l'organisme, puiserait sa toxicité dans la glande, où on la trouve emmagasinée; de l'accumulation dans l'organisme, résulterait une cachexie athyroïque, ou myxœdème; de l'intoxication dûe au ferment fabriqué en excès par des glandes excroissantes, proviendrait la maladie de Basedow. C'est ensuite la *Thyréoantitoxine* de Frœnkel, base alcaloïdique à formule $C^6 H^{11} N^3 O^5$, avec une action accélératrice sur le cœur et le pouls, avec un pouvoir d'amaigrissement, ainsi qu'un effet sédatif sur les convulsions de jeunes chats thyréodectomisés. Ce fut, en outre, le *Thyroïden* de Gottlieb (4), extrait contenant toute la substance glandulaire, et capable d'arrêter les accès des chiens thyréodectomisés, en ramenant ces animaux à la vie. Mais une attention plus grande porta sur la *Thyroiodine* de Baumann (5), substance contenant de l'iode et du phosphore, extraite par simple traitement de la glande avec une solution saline faible. C'est cette thyroiodine qui, d'après Baumann, Grawitz (6), Henning (7), Ewal (8), produirait l'amaigrissement et le goitre, par sécrétion insuffisante. C'est pourquoi cette substance produit, d'après Ewald et Leichtenstern, des résultats favorables dans le myxœdème, et, si l'iodure de potassium n'a pas ici les mêmes effets, c'est que la glande n'a pas l'activité suffisante pour utiliser l'iode nécessaire à la formation de la thyroiodine. Enfin, si d'après Baumann et Hutchinson (9), il n'y aurait dans la glande thyroïde qu'une seule substance active, colloïde et riche en iode, d'autres auteurs tels que Dreschel, Frænkel et Gottlieb prétendent qu'on peut extraire plusieurs principes actifs.

EXPÉRIENCES DE L'AUTEUR. — Pour avoir une préparation toujours identique, destinée à une grande série de recherches comparables entre elles, le Dr Julius Donath a eu recours à l'extrait glycériné. On prend des langues de veaux et de moutons, on les lave avec un peu d'eau, de suite après l'extraction de l'animal et on les plonge dans un mélange à poids égal de glycérine et d'eau. Puis les glandes sont pesées, finement découpées avec un couperet aseptique, bien broyées dans un mortier de porcelaine, puis portées dans poids égal et mieux doublé de glycérine à 50 %. Après 3 jours de repos dans un endroit sombre et frais, on filtre avec stérilisation, dans de petits flacons obsturé avec de la ouate. Un centimètre cube de cet extrait contient 1 gramme ou 0,50 cent. de glande thyroïde. C'est un liquide transparent, teinté en rouge par un peu de matière colorante, visqueux, faiblement alcalin, et susceptible, dans un endroit frais et privé de lumière, de se conserver longtemps sans décomposition.

ACTION DE L'EXTRAIT GLYCERINÉ SUR L'ALCALINITÉ DU SANG, LE NOMBRE DES HÉMATIES, ET LE POIDS DU CORPS. — On sait

(1) *Zur Wirkung der Schildruse*; par von Dr Julius DONATH (Budapest). — *Virchow's Archiv*, 1896.
(2) Notkin. — *Beitræge zur Schildrüsenphysiologie.*
(3) *Wiener med. Blætter*, 1895.
(4) *Deutsch. med. Woch*, 1895, n° 37.
(5) *Munch med. Woch*, 1896, n° 14.
(6) *Münch. med. Woch.*, 1896, n° 14.
(7) *Ibidem.*
(8) *Congr. f. innere. Med.*, Wiesbaden, 1896.
(9) *Brit. med. Journ.*, 1896.

d'après Fodor (1) que le sang de lapins auxquels on a injecté un alcali est bien plus bactéricide (Anthrax bacilles) qu'avant l'immunisation ; on sait en outre que les animaux ainsi traités résistent plus énergiquement à l'infection par le bacille anthrax : et qu'enfin le degré d'alcalinité, comme la capacité de l'organisme à augmenter proportionnellement l'alcalinité du sang après l'infection, sont d'une grande influence sur l'immunité. En conséquence l'alcalinité du sang paraît importante pour la vitalité ou l'énergie du processus des oxydations. D'où l'intérêt d'étudier l'action des glandes thyroïdes sur cette alcalinité, qu'on détermine par le procédé Fodor, que voici : Le sang retiré de la veine jugulaire externe est centrifugé; on prélève à l'aide d'une pipette graduée au 1/100, de 1 gramme à 1 gr. 50 de sérum clair, que l'on mêle à 1/100 d'acide oxalique normal; on prend un papier indicateur (Lakmuspapier), que l'on touche avec un agitateur mouillé par le sérum jusqu'à ce que le papier rouge conserve sa couleur persistante, sans présenter de teinte bleue.

Il résulte des expériences de l'auteur, Julius Donath, que :

1° De petites doses d'extrait glycériné de glandes thyroïdes, exercent une action favorable sur l'organisme : il y a augmentation du poids du corps, du nombre des globules rouges, et de l'alcalinité du sang. Ces résultats persistent, quoique atténués, après la cessation des injections ;

2° A doses plus fortes (10 et 15 centigr. par kilog.), il y a effet contraire, c'est-à-dire diminution portant sur les trois facteurs ci-dessus. Les animaux reviennent à l'état normal, plus ou moins rapidement, suivant le degré d'intoxication. Parmi ceux traités avec des doses de 0 gr. 15 centigr., quatre périrent entre 16 et 26 jours ;

3° 1 gramme de glande thyroïde par dose est déjà toxique. Sur sept animaux, six moururent avant la fin des recherches;

4° Malgré une nourriture suffisante, le poids du corps peut diminuer de 30 à 40 0/0;

5° Les expériences de contrôle avec de la glycérine à 50 0/0 (6 centigr. par dose), ne montrèrent aucun effet spécial.

Action de l'extrait de glandes sur la température. — La température fut prise chez les animaux, régulièrement, trois ou quatre fois et plus par jour. Voici ces résultats : 1 gramme de substance thyroïde par kilogramme produit une augmentation sensible de température. La glycérine pure ne donne pas le même effet.

Action sur le système uropoiétique. — Si 6 centigr. de glande thyroïde par kilog. laissent les reins intacts, 10 centigr. et plus, provoquent de l'albuminurie avec cylindres, et d'autant plus vite que la dose est plus forte. On peut obtenir les mêmes effets, mais bien moins sensibles, avec la glycérine pure, laquelle est ici bien moins toxique que la glande thyroïde. Avec la glycérine pure, les reins présentent de l'hyperhémie capillaire, avec cylindres hyalins, hémorrhagiques et épithéliaux, sans dégénérescence parenchymateuse. Au contraire, avec la glande thyroïde, cette dégénérescence est en relief, avec des noyaux épithéliaux remplis de fines gouttes de graisse, et des cylindres hyalins en plus grand nombre.

Tels sont les résultats des expériences faites par l'auteur. Le reste de l'ouvrage est consacré à diverses interprétations de physiologie pathologique, concernant l'amaigrissement, le nombre des globules rouges, etc. Paul Cornet.

(1) *Uber die bakterientœdtende Wirkung des Blutes und ueber Immunisation.*

Assistance chirurgicale instantanée. — M. D... F..., négociant, confiait, ces jours-ci, son enfant, âgé d'un an, à sa bonne, pour qu'elle le conduisît au parc Monceau, afin d'y prendre l'air et d'y jouer. Au cours de la promenade, le bébé ayant eu faim, la bonne lui acheta un croissant qu'il se mit à manger. Mais, sans qu'on puisse s'expliquer comment, un morceau du croissant s'arrêta dans la gorge du malheureux enfant. La domestique, affolée, emporta aussitôt le bébé *dans une pharmacie.* Mais déjà il râlait, et le pauvre enfant a rendu le dernier soupir *avant l'arrivée du médecin* qu'on était allé chercher. — Et l'on continue à répéter que l'*Assistance chirurgicale instantanée* ne peut servir à rien!

VARIA

La Conférence sanitaire de Venise.

Cette semaine a été signée à Venise la convention sanitaire internationale et la conférence a été close. Ont signé sans réserves les représentants d'Autriche-Hongrie, de Belgique, de France, d'Angleterre, d'Italie, de Luxembourg, de Montenegro, des Pays-Bas, de Roumanie. Ont signé *ad referendum* les représentants de l'Espagne, de la Grèce, de Perse, de Portugal, de Serbie et de Turquie. Les représentants de l'Allemagne ont signé avec des réserves sur quelques mesures à prendre en Europe. Les représentants de la Suisse ont signé pour les mesures à prendre en Europe. Les représentants du Danemark, de Suède-Norvège, des Etats-Unis ont accepté la convention *ad referendum* déclarant au procès-verbal que leurs gouvernements appliqueraient autant que possible les mesures établies avant le terme fixé. Avant la ratification de la convention, les représentants de l'Allemagne, de l'Autriche-Hongrie, de la France, de l'Angleterre, de l'Italie, du Luxembourg, du Montenegro, des Pays-Bas, du Portugal, de la Roumanie, de la Russie et de la Suisse, ont formulé les vœux à exprimer à leurs gouvernements respectifs sur les points suivants : 1° communication de la Convention sanitaire de Venise au Conseil sanitaire de Tanger, afin de prendre au Maroc les mesures établies, notamment défense ou limitation temporaire des pèlerinages; 2° unification des mesures prophylactiques par les autorités de Malte et de Gibraltar; 3° coordination et codification à bref délai de toutes les dispositions des conférences précédentes contre le choléra et la peste.

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement.

Election du Bureau pour l'année 1897. — M. le Dr Sevestre est nommé président; M. le Dr Poitou-Duplessy, vice-président; M. le Dr Genesteix, secrétaire général adjoint, trésorier. — Le Conseil se trouve donc composé comme suit pour l'année 1897 : Président : M. le Dr Sevestre; vice-président : M. le Dr Poitou-Duplessy : Secrétaire général : M. le Dr Cayla; Secrétaire général adjoint, trésorier : M. le Dr Genesteix. — Membres : MM. les Drs Alexandre, Auvergniot, Balzer, Barbulée, Bezançon (Boulogne), Berthod, Benard, Bonin, Bonnet, Bonnard, Brossard, Cayla, Célières, Chambellan, Chassevant, Chevallerau, Chipier, Colin, Coumetou, Courtin, Dauchez, Davesnes, Debierre, de Bosia, de Finance, Dehenne, Delafosse, Depasse, Desnos, Detray, Dromain, Ducor, Genesteix, Hallé, Hervouet, Jamin, Jasiewiez Kuehff, Le Bec, Le Boucq, Le Cour, Ledé, Lemenager, Le Pileur, Leroux, Loyal, Mangenot, Marévery, Mathieu, Mauduit, Meige, Mercier, Michel, Moizard, Naulin, Nitot, Pascal, Planteau, Piot, Polaillon, Poitou Duplessy, Presles, Putel, Raffinesque, Ramonat, Richard, Richer, Routier, Rollin, Sapelier, Sebillotte, Sevestre, Signez, Socquet, Sottas, Tapie, Toledano, Thoumas, Tripet, Vauchez, Verchère, Voisin. — Membres honoraires : MM. les Drs Brouardel, Cornil, Farabeuf, Gibert, Guyon, Labbé, Lannelongue, Roussel (Théophile), Thorel, Philbert, secrétaire général honoraire.

Congrès international de Médecine légale à Bruxelles.

La Société de Médecine légale de Belgique, à l'occasion de l'Exposition de Bruxelles, a décidé d'organiser dans cette ville un Congrès international, qui se tiendra du 2 au 7 août prochain. Le programme des questions générales qui seront traitées au Congrès a été arrêté comme suit :

I. — *Bactériologie et Toxicologie.*

1re question : *Les facteurs internes de la putréfaction des cadavres.* Rapporteur : M. le Dr Malvoz, professeur de bactériologie à l'Université de Liége. — 2e question : *Le rôle et les devoirs du médecin légiste dans les expertises relatives aux accidents provoqués par l'ingestion des viandes.* Rapporteur : M. le Dr Van Ermengen, professeur de médecine légale et de bactériologie à l'Université de Gand. — 3e question : *La toxicologie de l'acétylène.* Rapporteur : M. le Dr Van Vyve, médecin légiste, Anvers. — 4e question : *L'intoxication par l'oxyde de carbone.* Rapporteurs : M. Bergé, professeur de chimie à l'Université libre de Bruxelles, et M. le Dr de Nobele, assistant du cours de médecine légale à l'Université de Gand.

II. — *Législation.*

1re question : *Les aliénés criminels et les maisons-asiles.* Rapporteur : M. de Busschere, conseiller à la Cour d'appel de Bruxelles. — 2e question : *Le secret professionnel devant la justice.* Rapporteurs : M. Alfred Moreau et Smets-Mondez, avocats près la Cour d'appel de Bruxelles.

III. — *Médecine légale.*

1re question : *La docimasie pulmonaire.* Rapporteur : M. le

Dr DALLEMAGNE, professeur de médecine légale à l'Université libre de Bruxelles. — 2e question : *La valeur médico-légale des ecchymoses sous-séreuses.* Rapporteur : M. le Dr GABRIEL CORIN, assistant du cours de médecine légale à l'Université de Liége.

IV. — *Médecine mentale.*

1re question : *De la responsabilité, notamment de la responsabilité partielle.* Rapporteur : M. le Dr DE BOECK, chargé de la clinique de psychiatrie à l'hôpital St-Jean, Bruxelles. — 2e question : *L'hypnotisme dans ses rapports avec la criminalité.* Rapporteur : M. le Dr CAMILLE MOREAU, docteur en sciences naturelles, médecin légiste à Charleroi.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs. Les adhérents recevront le règlement et les rapports sommaires dans le courant du mois de juin, ainsi que, dans l'avenir, le compte rendu des travaux du Congrès. Toutes les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général, M. le Dr Camille MOREAU, rue de la Gendarmerie, 6, Charleroi (Belgique).

Les Millionnaires à l'Hôpital.

Au mois de janvier dernier, six personnes, parmi lesquelles un riche meunier, M. M. D..., étaient mordues par un chien enragé, dans une petite localité du département de l'Eure, voisine de Pont-sur-Othon. Ces six personnes vinrent assitôt à Paris, et, après avoir suivi un traitement à l'institut Pasteur, regagnèrent leur pays au bout de vingt jours, complètement guéries. Cependant, ces jours derniers, M. M. D... devenait subitement taciturne. Il se plaignait de souffrir d'un malaise général. La morsure qui lui avait déchiré la main s'était rouverte. Il exprima le désir de retourner à Paris suivre un nouveau traitement à l'institut Pasteur. C'est ainsi que M. D... arrivait à Paris avec sa femme et descendait dans un hôtel. Vers minuit Mme D... était réveillée en sursaut par son mari qui était en proie à un accès de rage. Le malheureux poussait des cris et tentait de déchirer les draps de son lit. Mme D..., affolée, prévint aussitôt le logeur qui envoya quérir un médecin en même temps qu'on faisait informer le commissaire de police du quartier. Le docteur n'eut pas de peine à reconnaître que M. D .. était en proie à un accès d'hydrophobie et il ordonna d'urgence le transport à l'hôpital Necker du malade. — Pourquoi, puisqu'il s'agissait d'un propriétaire ? *Il aurait dû le faire conduire dans une Maison de Santé.* En tous cas, M. M. D... a succombé à l'hôpital. — Nous ne comprenons pas, quant à nous, pourquoi on s'obstine à envoyer à l'Hôpital des riches propriétaires, qui immobilisent ainsi des lits destinés aux pauvres. A moins qu'on ne décrète que l'Hôpital est pour tout le monde! Ce qui paraît être la tendance actuelle. M. B.

Médecine légale vétérinaire
Poursuite pour erreur de diagnostic.

On écrit de Rouen au *Temps* que le 12 juin 1895, à Notre-Dame-de-Bondeville, une petite fille, Juliette Grout, jouait tranquillement devant la maison paternelle quand un chien venant à passer se jeta sur elle et la mordit cruellement à la lèvre. Le chien fut abattu. Le cadavre fut porté chez M. Vaudescal, vétérinaire à Rouen, qui en fit l'autopsie. Le jour même, M. Vaudescal répondait au maire que l'animal ne présentait pas de symptômes de rage ; les parents pouvaient donc se rassurer. La famille renonça à envoyer la petite Juliette à l'institut Pasteur. La plaie se cicatrisa et tout alla bien jusqu'au 21 juillet. Mais à cette date l'enfant fut prise de symptômes rabiques et, trois jours après, elle mourait dans d'affreuses souffrances. Les parents désolés firent peser la responsabilité de ce tragique évènement sur le vétérinaire. C'était le bulletin rassurant résultant, disaient-ils, d'un examen trop superficiel, qui les avait déterminés à ne pas soigner leur fille. Or, il était démontré que l'enfant était morte enragée, que cette issue fatale avait été produite par la morsure du chien et que le chien était enragé. Ils tentèrent en conséquence une demande en 10,000 francs de dommage-intérêts contre le vétérinaire Vaudescal.

Le tribunal les débouta de leur action, en déclarant que M. Vaudescal n'avait pas commis de faute professionnelle grave, d'où pouvait résulter sa responsabilité. M. Grout fit appel. La cour de Rouen vient de confirmer le jugement de première instance. Elle déclare à son tour que M. Vaudescal n'a commis aucune faute lourde, d'où résulterait l'obligation de le condamner à des domages-intérêts. La cour dit qu'il est affirmé que le vétérinaire a pu, en vingt minutes, autopsier complètement le chien, examiner l'estomac, le cerveau et les muqueuses, sans doute, dans sa lettre, il n'a parlé que de l'estomac ; est-ce une raison pour qu'il n'ait pas vu le cerveau? D'ailleurs, c'était une lettre et non un rapport qu'il écrivait au maire. Deux périodes sont indiquées dans la rage ; celle du début et la période aiguë. M. Vaudescal a dû, selon la cour, se trouver en présence de la période du début ; il n'est donc pas en faute de n'avoir pas constaté un état pathologique qui ne se révélait point à lui normalement.

Enseignement médical libre.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr KOENIG, 14, rue Monge. Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, mardi et samedi, à 5 heures du soir, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier.

Nous attirons l'attention de nos Lecteurs sur le **Catalogue** *des livres au rabais joint à ce numéro.*

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 au samedi 13 mars 1897, les naissances ont été au nombre de 1 168, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 423, illégitimes, 167. Total, 590. — *Sexe féminin* : légitimes, 410 ; illégitimes, 168. Total, 578.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 fév. au samedi 13 mars 1897, les décès ont été au nombre de 963, savoir : 534 hommes et 429 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 10, F. 4, T. 14. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 6, F. 6, T. 12. — Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 139, F. 82, T. 221. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 10, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 12, T. 31. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 30, T. 49. — Méningite simple : M. 17, F. 7, T. 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 10, T. 32. — Paralysie, M. 3, F. 2, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 2, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 41, T. 71. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 10, T. 22. — Bronchite chronique : M. 11, F. 15, T. 26. — Broncho-pneumonie : M 31, F. 22, T. 53. — Pneumonie : M. 26, F. 24, T. 50. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 14, F. 17, T. 31. — Gastro-entérite, biberon : M. 9, F. 7, T. 16. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 4, T. 11. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 10, F. 18, T. 28. — Sénilité : M. 17, F. 19, T. 36. — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres morts violentes : M. 16, F. 6, T. 22. — Autres causes de mort : M. 93, F. 57, T. 150. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 102, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 18. Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 20. Total : 49.

UNIVERSITÉ DE NANCY. — MM. Solvay et Cie ont fait un don de *cent mille francs* à l'Université de Nancy, pour l'aider à construire des laboratoires de chimie physique et d'électrochimie dépendant de l'Institut chimique de Nancy. — Il serait à souhaiter que cette initiative généreuse suscite d'autres générosités en faveur des universités.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Vacances de Pâques du 14 au 25 avril inclus.* — Les candidats aux examens, et ceux qui soutiendront des thèses et qui consigneront les 22 et 23 mars passeront du 5 au 10 avril ; les 29 et 30 mars, du 26 avril au 1er mai. — Le dernier délai pour le dépôt des thèses qui passeront avant les vacances de Pâques, est fixé au mardi 23 mars.

Conférences de Chimie Biologique. — M. CHASSEVENT, agrégé, commencera ces conférences le lundi 29 mars 1897, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté, au lieu du nouvel amphithéâtre de physique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. *Sujet du cours* : Humeurs et liquides de l'organisme ; respiration, digestion, urine, nutrition générale.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. le Dr EYMERI, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Carles, président de la Société de médecine de Bordeaux, et Picard, médecin inspecteur des enfants du 1er age dans le IIe arrondissement de Paris.

Sont nommés *Officiers d'Académie* : Mlle Amice (Mélanie-Marie), surveillante à l'hopital Tenon à Paris. MM. Auvergniot (Louis-Alexandre), docteur en médecine à Paris. Basset (Ernest-Léon), docteur en médecine à Paris. Batlle (Etienne), pharmacien à Perpignan (Pyrénées-Orientales). Baudran (Clément-Désiré-Georges),

pharmacien à Beauvais (Oise). Benoit (Henri-Léon), docteur en médecine à Paris. Bergé (François), pharmacien à Toulouse Haute-Garonne). Bertrand (Camille-Eugène), docteur en médecine, délégué cantonal, membre du bureau d'administration du lycée de jeunes filles de Roanne (Loire). Bessette (Jean-Jacques-Eraste-Edmond), médecin de l'école normale d'instituteurs à Angoulême (Charente). Beudot, docteur en médecine à Moloy-sur-Ignon (Côte-d'Or). Bolognesi (Alfred-Mauro-Hilaire), docteur en médecine à Paris. Bonnard (Joseph-Emile-Thomas), chirurgien-dentiste à Paris. Bonnefoy, docteur en médecine, conseiller général de Sallanches (Haute-Savoie). Bouché (Arthur-Pierre-Alexandre), médecin inspecteur, délégué cantonal à Argenton-sur-Creuse (Indre). Bourreterre, docteur en médecine à Dax (Landes). Boussac (Jacques-Edouard), médecin du lycée d'Albi (Tarn). Brienmeister (Camille), pharmacien à Paris, vice-président du jury médical de la Société de prévoyance et de secours mutuels des Alsaciens-Lorrains. Brossard (Jacques-Marie-Armand), docteur en médecine à Paris. Bruchet (Charles-Paul), docteur en médecine, professeur à l'Union des femmes de France. Calmeilles (Charles-Joseph-Guillaume), médecin inspecteur des écoles, délégué cantonal à Cayals (Lot). Cambours (Pierre-Guillaume-Marie), docteur en médecine à Paris. Carlier (Auguste-Adolphe), docteur en médecine à Paris. Cestan (Eugène), médecin et membre du bureau d'administration du collège de Gaillac (Tarn). Charvot (Eugène-Louis), médecin principal de deuxième classe, chef des salles militaires à l hôpital militaire de Constantine. Chastenet (Charles-Pierre-Marie), docteur en médecine à Puteaux (Seine). Chevalier (Joseph-Joachim-Edgard), docteur en médecine à Paris. Clère (Eugène-François-Louis), pharmacien, trésorier de la Société des sauveteurs du Havre. Comme (Adolphe-Ferdinand), médecin en chef de la marine à Brest (Finistère). Comoz (François-Joseph-Jean-Marie), conseiller d'arrondissement, maire de Rumilly (Haute-Savoie), médecin de l'école normale, délégué cantonal. Coronat (Antoine), médecin à l'hôpital de Gap (Hautes-Alpes). Coudoin (Jean), docteur en médecine à Paris. Coulon (Louis), docteur en médecine à Paris. Coutemoine (Lucien), docteur en médecine à Morteau (Doubs). Coutrest (Jean-Antoine-Michel), docteur en médecine à Paris. Dagron (Georges-René), docteur en médecine à Paris. Damain (Gabriel-Edouard), docteur en médecine à Paris. Dardillon, pharmacien à Avallon (Yonne). Darroux (Clément), docteur en médecine, maire de Lagarde (Gers), délégué cantonal. Delahaye (Désiré-Emile-Paul), chirurgien-dentiste à Paris. Del'our (Alfred), docteur en médecine, maire de Cousobre (Nord), délégué cantonal. Dermigny (Désiré-Albert-Charles), docteur en médecine à Saint-Simon (Aisne). Dezautière, médecin des mines de Decize (Nièvre). Dupérié (Jean-Leucippe-André), docteur en médecine, conseiller général, délégué cantonal à Agen (Lot-et-Garonne). Ecalle (Henri-Anatole), pharmacien à Paris. Faure-Miller (Michel-Emmanuel-Rolland-Dénis), docteur en médecine à Paris, professeur à l'Union des femmes de France. Ferrier (Jules-Emile), docteur en médecine à Paris.

Récompenses. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné aux médecins et aux étudiants en médecine ci-après désignés des médailles d'honneur en témoignage du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de diverses épidémies : *Médailles d'argent* : M. le Dr Robert (de Guiscard) ; MM. Benoit et Weil (internes des hôpitaux de Paris). — *Médailles de bronze* : M. le Dr Dessaux (de Tôtes) . M. Le Damany (interne des hôpitaux de Paris).

Congrès international d'Hygiène et de Démographie. — Le Comité d'organisation du Congrès international d'hygiène et et de démographie vient de décider que la neuvième session dudit Congrès, qui devait se tenir à Madrid du 11 au 18 octobre prochain, aura lieu au mois d'avril 1898.

Conseils d'Hygiène des départements. — Le Ministre de l'Instruction publique a appelé l'attention de son collègue de l'Intérieur sur un vœu tendant à ce que les laboratoires des Facultés des sciences et des Ecoles de médecine puissent prêter leur concours aux travaux des conseils d'hygiène des départements pour les analyses chimiques et bactériologiques. Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a eu souvent l'occasion de constater que les analyses jointes aux dossiers renvoyés à son examen étaient incomplètes. Le Ministre de l'Intérieur juge que l'intervention des Facultés des sciences et des Ecoles de médecine constituerait donc un véritable progrès, le comité restant toujours juge des analyses qui seraient produites à l'appui des projets soumis à son appréciation. En conséquence, il vient d'inviter les préfets à faire connaître aux municipalités de leur département que lorsqu'elles auront à instruire des projets d'amenée d'eau elles pourront, pour l'analyse des eaux qu'elles se proposeraient d'utiliser, s'adresser aux laboratoires des Facultés des sciences et des Ecoles de médecine.

Société Obstétricale de France. — La Session annuelle aura lieu les jeudi, vendredi et samedi de la semaine de Paques, 22, 23 et 24 avril 1897, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. La séance d'affaires est fixée au jeudi 22 avril, neuf heures du matin ; cette séance devant être de courte durée, les communications commenceront aussitôt après. Conformément à l'article 8 du règlement, toutes les demandes de communication doivent être faites *au moins un mois* avant l'ouverture de la session. Le titre des communications étant connu à l'avance, chaque membre peut apporter des documents personnels et les discussions présenteraient d'autant plus d'intérêt qu'elles seraient appuyées d'un plus grand nombre de faits. Les deux questions mises à l'étude sont : 1° *De l'avortement habituel ;* 2° *Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement.* — Toute demande d'inscription pour une communication et toute demande de renseignements doit être adressée à M. le Dr Crouzat, secrétaire général, rue du Sénéchal, 9, Toulouse, ou à M. le Dr Demelin, rue des Halles, 30. Paris.

Enseignement Populaire Supérieur. — *Cours d'Hygiène sociale.* — Sujet du cours : L'hygiène et l'alimentation des travailleurs. M le Dr A.-J. Martin ne fera pas de leçon le jeudi 25 mars 1898 (Mi-Carême) à l'Hôtel de Ville. La Conférence pratique du 28 mars aura lieu à la piscine municipale, Place Hébert (quartier de la Chapelle), à neuf heures et demie du matin. Les cours et les conférences sont publics.

Hôpitaux de Paris. — Le Conseil municipal a adopté les rapports de M. Breuillé sur les *crèches municipales* et de M. Paul Straus tendant à créer dans les hôpitaux des *services spéciaux pour les maladies des yeux, du larynx et des oreilles et des cabinets de consultation pour les nourrissons.*

Hôpital Trousseau. — Dans sa séance de vendredi dernier, le Conseil municipal de Paris a voté un crédit de 3.000 francs pour l'installation d'un laboratoire de radiographie à l'hôpital Trousseau et une somme de 2 000 francs pour l'entretien du matériel et le fonctionnement dudit laboratoire.

L'Hospice de Vieillards de Boulogne-sur-Seine. — L'inauguration du nouvel hospice de Boulogne a été très brillante. L'hospice est un monument élégant et d'un aménagement tout à fait confortable. Il y a un jardin et deux grandes cours, qui divisent l'établissement en pavillons ayant une affectation spéciale.

Hôpital-Hospice de Versailles. — Le concours pour la nomination de trois internes en médecine s'est ouvert jeudi 18 mars. — Question écrite : *Région sous-hyoïdienne. Manuel opératoire et indications de la trachéotomie.* — Question orale : *Configuration extérieure et rapports de l'utérus. Placenta prævia et tamponnement.*

L'Hôpital et l'Ecole de Médecine de Madagascar. — L'Ecole de Médecine et l'hôpital malgaches de Tananarive ont été inaugurés le 6 février dernier, sous la présidence du résident général. Le général Galliéni a lu un discours, qui a été traduit ensuite en malgache : « Cette école, a-t-il dit, a été créée pour vous permettre, jeunes malgaches, l'accès d'une noble et utile profession et pour fournir aux populations le secours de soins éclairés. Aux élèves, nous ne demandons ni leur rang, ni leur religion, ni leur fortune; nous désirons seulement qu'ils possèdent les connaissances indispensables. » Puis M. Rasanjy, qui remplit les fonctions de premier ministre, a lu un discours en malgache. L'hôpital contient dès à présent 80 places, dont 50 réservées aux femmes et 30 aux hommes. Les cours de l'Ecole de Médecine sont répartis en cinq années ; des examens passés à la fin de la cinquième année confèreront le titre de docteur... tout comme en France!

Hôpital d'Avignon. — M. le Dr Vincenti a été nommé, après concours, médecin-adjoint.

L'Expédition de Madagascar et le Service Médical. — Le dernier fascicule des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, publiées par ordre du ministre de la guerre, ajoute une page intéressante à l'historique de l'expédition de Madagascar. Il relate le nombre de blessés, par les armes à feu des Hovas, que compta la colonne volante française partie d'Andriba le 14 septembre 1895 dans le but d'enlever Tananarive. D'après ce document, ce ne fut que le 26 septembre que l'ambulance reçut ses premiers blessés : 6 hommes de la ligne. Le 28, il lui en arrivait 5 autres ; le 29, on lui en amenait encore 5, et, le 30, un dernier contingent de 30 blessés rejoignait l'ambulance établie à l'hôpital anglais de Soavinandriana. Soit un total de 46 blessés sur un effectif de 237 officiers, 4,013 combattants et 1,515 conducteurs. Sur les 46 blessés, 44 ont été frappés par des projectiles en plomb mou, lancés par un fusil rayé de 14 mm. 5, se chargeant par la culasse ; et 2 seulement par des balles d'un fusil à répétition de petit calibre. Les obus de l'artillerie hova, n'éclatant pas ou n'éclatant que fort rarement, n'atteignirent aucun homme de la colonne. On a eu à enregistrer 5 décès sur l'ensemble des blessés; et encore ces décès doivent-ils être attribués aux mauvaises conditions de santé dans lesquels se trouvaient les intéressés. Une seule amputation a été

pratiquée, de sorte que les 40 restants ont guéri avec la conservation de leurs membres.

INSTITUT SUISSE POUR LA RAGE. — L'assemblée fédérale de Suisse est rentrée en session extraordinaire. Une motion a été déposée invitant le Conseil fédéral à étudier la création d'un établissement analogue à l'Institut Pasteur, pour le traitement de la rage.

LA LUTTE CONTRE LA VACCINE EN ANGLETERRE. — Allons-nous assister à une reprise de la lutte engagée il y a deux ans entre les pères de famille et les magistrats des cours de police à propos de la loi sur l'obligation de la vaccine ? De récents incidents portent à le craindre et font même pressentir chez les délinquants un parti pris d'opposition plus vigoureuse. En 1895, dans les mois de septembre à décembre, le mouvement ne s'était affirmé que par des refus isolés, et les meetings provoqués par les adversaires de la vaccine, avec lady Henry Somerset à leur tête, n'avaient pas abouti à une opposition organisée. Cette fois il y a coalition ou du moins tentative de coalition parmi les délinquants. A Chipping Norton, dans l'Oxfordshire, le magistrat de police a dû sévir, en même temps, contre cent vingt pères de famille qui refusent de faire vacciner leurs enfants. Pour donner à leur refus un caractère de protestation générale, ils n'ont pas hésité à organiser une sorte de procession dans la ville un jour de marché, et à venir aux mains avec la police qui tentait de leur barrer le passage. Précédés d'une fanfare locale, les manifestants étaient arrivés sans encombre à la place du marché lorsque les agents voulurent les disperser. Ils s'emparèrent alors de tout ce leur tombait sous la main, fruits, légumes, volailles, quartiers de bœuf ou de porc, barils de farine ou de saindoux, planches et tréteaux, jusqu'à ce que la police elle-même se dispersât. En raison de ces désordres, le juge de la cour de police de Chipping Norton a renvoyé cent dix des manifestants devant la cour d'assises d'Oxford. Des désordres moins graves se sont produits à Hull, les protestataires ayant obéi docilement aux injonctions des agents. Cinquante-deux pères de famille sont poursuivis pour refus d'obéissance à la loi sur l'obligation de la vaccine et seront jugés dans les audiences de demain et après-demain. Dix-huit personnes ont comparu pour le même fait devant la cour de police de Newark. Là aussi il y a eu coalition, les protestataires s'étant réunis pour s'engager à affronter les plus sévères pénalités plutot que de faire vacciner leurs enfants. On se rappelle qu'il y a deux ans des magistrats de police avaient dû infliger jusqu'à quinze jours de prison, avec *hard labour*, à des délinquants en état de récidive.

LES CHIRURGIENS ÉTRANGERS A PARIS. — M. le Pr HOFFA (de Wurzbourg) a pratiqué à l'Hôpital international, dans le service du Dr Bilhaut, la cure chirurgicale de la *luxation congénitale de la hanche, par le procédé dont il est l'auteur.*

NÉCROLOGIE. — M. le Dr DE BOSSY est mort samedi dernier 21 mars, à 2 heures, à l'age de 104 ans. Il était né à Paris, le 2 octobre 1893. Il a été élevé en Angleterre où ses parents s'étaient réfugiés pendant la Révolution. Il fit ses études médicales dans ce pays, il a exercé pendant dix ans à Calcutta, où il eu à combattre une épidémie de choléra. Ensuite, il a exercé à l'Ile de France où il était médecin en chef de l'hôpital, puis à l'Ile Bourbon. Il est venu en France en 1843 ; il s'est fait recevoir docteur de la Faculté de Montpellier. Il se fixa alors au Havre où il a exercé jusqu'à son dernier moment. Pour fêter son centenaire, il y a quatre ans, les médecins du Havre lui ont offert un médaillon le représentant ; au banquet de cette fête, le centenaire était un des plus vifs, des plus gais, et mangeait avec le plus d'appétit, car il ne lui manquait qu'une dent. Son enterrement a eu lieu mardi au milieu d'un grand concours de personnes, parmi lesquels on remarquait presque tous les membres du corps médical. — On nous annonce la mort, à Lannilis, près Brest, de M. le Dr MORVAN, ancien député républicain du Finistère à l'Assemblée nationale. M. Morvan était né à Lannilis, en 181[illegible]. Maire de sa commune et conseiller général, il fut élu à l'Assemblée nationale en 1871 par la « liste républicaine de l'ordre et de la paix ». Il siégea à gauche. Il ne se représenta pas aux élections de 1876 et échoua le 14 octobre 1877 dans la 3e circonscription de Brest comme candidat protestaire contre le 16 mai. M. le Dr Morvan, médecin d'une réelle valeur, ancien interne des hôpitaux de Paris, était correspondant de l'Académie de Médecine. On sait qu'une maladie, le panaris analgésique, commun en Bretagne et dans l'Ouest, porte son nom. — M. le Dr Charles ANNE, médecin-inspecteur des enfants-assistés, décédé à Montchauvet (Calvados). — On annonce la mort de M. Lucien BIART, homme de sciences et de lettres, décédé à Paris, à soixante [illegible] ans. Très jeune, il s'embarqua pour l'Amérique où il s'occupa avec passion de zoologie et de botanique, et d'où il adressa au Muséum d'intéressantes collections. Collaborateur de la *Revue des Deux Mondes*, M. Lucien Biart a publié dans le *Temps* plusieurs nouvelles et un roman [illegible]. — M. le Dr DELPOIX (Henri) à Buzancy (Ardennes), décédé à l'âge de [illegible] ans.

— M. le Dr ODENT vient de mourir au Grand-Montrouge, à 43 ans, d'une grippe infectieuse.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses,* le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert BALLET et E. BRISSAUD. — M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures. — M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures.

HÔPITAL BROCA. — M. POZZI. — Tous les lundis et vendredis (à partir du mois d'avril), à 10 heures, leçon de clinique gynécologique.

HÔPITAL RICORD. — M. MAURIAC. — Tous les samedis (à partir du mois d'avril), à 9 heures 1/2, leçon sur la syphilis et les maladies vénériennes (clinique et thérapeutique).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes.

Dans la [illegible] livraison de la *Grande Encyclopédie*, parue cette semaine, nous signalons particulièrement à nos lecteurs : une très intéressante étude sur les *Mathématiques*, par MM. Paul Tannery, H. Laurent et L. Sagnet ; l'article *Matière* (phylosophie), par M. E. Boirac ; la biographie de Guy de Maupassant, par M. Jules Huret, enfin la monographie de l'île Maurice (ancienne île de France), par M. A. Berthelot. — Prix de chaque livraison : 1 franc. Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant, BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

MÉDECINE

Les résultats de mes dernières recherches avec les rayons X :

Par M. le Pr M. BENEDIKT (de Vienne).

Traduit en français par M. le Dr Léon LEBOVICI (de Carlsbad).

En poursuivant mes études avec les rayons X, j'avais le plus grand intérêt à observer les phénomènes vitaux dans la cavité thoracique et à diriger une attention particulière au cœur et au diaphragme. Au moyen d'un excellent inducteur de Carpentier, d'un interrupteur de Déprez, de la plaque fluorescente (Leuchtschirm) de Kahlbaum, d'une batterie d'accumulateurs de 16 volts et des tubes de Crookes fournis par l'« Allgemeine Elektricitaetgesellschaft » de Berlin et de celles de Reiniger et Cie d'Erlangen, j'ai réussi à éclairer la cavité thoracique par devant, en arrière et des deux côtés. Les phénomènes les plus fondamentaux que j'ai pu observer étaient ceux-ci : à savoir que le cœur n'évacue qu'une partie de son contenu dans la systole et que la pointe du cœur est tirée dans la systole à droite et en haut, et non pas comme l'a enseigné Skoda, à gauche et en bas. La contraction du cœur varie d'une manière très remarquable ; tantôt elle est à peine perceptible, tantôt elle se fait d'une manière convulsive, tandis qu'en général, dans les cas où la fréquence des battements du cœur est grande, elle a lieu d'une manière tranquille. L'observation de la position et des variations de l'axe du cœur est particulièrement intéressante. Tandis que, dans le cœur infantile, l'axe est à peu près horizontal, elle prend plus tard, en se tournant autour de l'axe sagittal du corps, avec la pointe du cœur, une direction en bas. Dans l'hypertrophie du ventricule gauche, la pointe du cœur se déplace encore davantage en bas et il peut arriver — évidemment dans le cas de relaxation de la partie initiale de l'aorte — que le cœur soit presque perpendiculairement pendu sur les grands vaisseaux. Dans l'hypertrophie du ventricule droit, le cœur, qui est tiré en bas avec sa base, peut de nouveau avoir une position plus ou moins horizontale. Lorsque le ventricule droit subit une hypertrophie excessive, il peut y avoir une torsion autour de l'axe longitudinal du cœur, de sorte que le ventricule droit est tiré en arrière.

Mais il peut aussi se produire une torsion autour de l'axe vertical du corps, à savoir que la base du cœur s'abaisse en arrière et que la pointe est tirée en avant. On reconnait la torsion du ventricule droit en arrière autour de l'axe du cœur à ce fait, à savoir que l'ombre du cœur droit devient plus distincte dans l'observation par derrière que dans l'observation par devant, tandis que dans la torsion du cœur autour de l'axe du corps cette torsion devient perceptible lorsqu'on observe le cœur du côté gauche ; dans cette observation, le cœur laisse reconnaître sa forme de cône et toute sa longueur. Les grands vaisseaux de la cavité thoracique ne sont pas visibles à l'état normal. Mais du moment où il y a un processus d'endartérite ou un élargissement anévrysmatique, on reconnait ces vaisseaux très bien. De cette manière, j'ai réussi à reconnaître des anévrysmes aortiques à un temps où les phénomènes caractéristiques de l'auscultation et de la percussion manquaient encore. Cette observation est de plus d'une importance extraordinaire par ce fait savoir que nous sommes de cette manière mis en état de contrôler les influences thérapeutiques sur l'endoartérite et sur les anévrysmes.

Mes expériences thérapeutiques m'avaient conduit déjà depuis longtemps à reconnaître que les processus endartériques et les anévrysmes sont beaucoup plus accessibles à la thérapeutique qu'on ne l'avait cru jusqu'alors, et surtout lorsque l'intervention se fait à un temps auquel les procès morbides n'ont pas encore atteint un trop haut degré. Ma méthode de traitement dans des cas pareils consiste dans le repos absolu, dans l'application de l'appareil réfrigérant de Leiter, dans l'emploi de l'iode ou du mercure, et avant tout dans l'application sous-cutanée d'une solution d'acide carbolique phénol) à 2 0/0 dans la région cardiaque ou dans la région thoracique surtout. Dans mon article : « Observations et considérations au cabinet de Rœntgen », paru dans la *Wiener med. Wochenschrift*, nos 52 et 53, 1896, j'ai communiqué une série de cas analogues, qui avaient un intérêt particulier au point de vue thérapeutique.

Les relations entre le cœur et le diaphragme sont très intéressantes. Chez l'enfant, où le cœur a une position horizontale, la pointe du cœur nage — pour ainsi dire — dans le poumon. Chez l'adulte, on trouve déjà que le cœur repose plus sur le diaphragme avec sa surface latérale postérieure et que ce n'est que lors de respiration profonde que le poumon pénètre entre le cœur et le diaphragme jusqu'au bord sternal du diaphragme. Dans l'hypertrophie du ventricule gauche, cela n'arrive qu'à un degré plus restreint. Il est intéressant de noter que le cœur peut s'enfoncer dans une niche du diaphragme, de sorte qu'un pli du bord antérieur du diaphragme est situé entre le cœur et la paroi thoracique. Dans l'inspiration profonde, l'ombre de ce pli peut monter en haut, et se croise alors avec l'ombre des côtes, tandis que derrière ce pli le poumon pénètre entre le cœur et le diaphragme.

Le diaphragme lui-même peut former des voûtes différentes dans toutes ses parties, et activement et passivement, de sorte que, par exemple, la moitié droite a une position basse et très oblique, tandis que la moitié gauche est haute et plate. Ainsi les diverses parties des deux moitiés du diaphragme peuvent former des voûtes de différentes façons.

Les relations entre le cœur et la paroi thoracique antérieure ont aussi une grande importance, et on peut les étudier par des observations sur le côté gauche. En général, une partie falciforme et mince du tissu pulmonaire est intercalée avec sa pointe dirigée en bas, entre le cœur et la paroi thoracique antérieure, et cette pointe n'atteint pas le bord inférieur du cœur. Mais fréquemment le cœur ne touche pas à la paroi thoracique antérieure du tout ou seulement par une circonférence minima. Cette observation est importante parce qu'elle explique pourquoi même

chez beaucoup d'individus bien portants, la proéminence du cœur ou le battement de la pointe du cœur ne sont pas distincts ou disparaissent tout à fait.

Jusqu'à présent, je n'ai pu réussir à voir distinctement des dégénérescences de poumons; ce qui s'explique probablement par ce fait, à savoir que je n'ai pas eu l'occasion jusqu'à présent d'observer de cas graves de tuberculose pulmonaire avec des calcifications et avec des cavernes. J'ai pourtant pu bien distinguer des parties enflammées des poumons de celles qui n'étaient pas suffisamment tuméfiées.

J'avais un intérêt particulier à observer un état morbide sur lequel j'ai dirigé mon attention depuis longtemps et que j'ai appelé *Asthma diurnum*. Il y a des individus qui se plaignent de troubles de respiration légers, mais continuels, et chez lesquels on ne saurait trouver d'anomalies à l'aide de la percussion et de l'auscultation. On avait l'habitude de désigner de tels cas sous le nom d'hypochondrie. Mais si l'on percute chez de tels individus des parties symétriques du thorax, on trouve des différences de son distinctes, et à l'auscultation on entend des différences analogues, quant à l'intensité des bruits de la respiration. Si l'on ordonne maintenant aux malades de respirer profondément et à plusieurs reprises, on note des conditions inverses à celles qu'on a trouvées auparavant.

De telles différences se rencontrent, en effet, aussi chez des individus bien portants, parce que le poumon, dans son état normal, ne fonctionne qu'avec une partie adéquate de sa surface totale, et avec une intermittence des parties qui ont fonctionné dans un moment donné. Dans les cas d'*Asthma diurnum*, les différences sont pourtant plus frappantes. Il est particulièrement instructif d'observer des cas de l'*Asthma diurnum* pendant la menstruation, où il survient en forme d'attaques et où l'on peut noter, au moyen des rayons X, les divers états d'expansion des poumons.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat (*Service des consultations et Service hospitalier*) pendant l'année 1896 (*Fin*) [1];

par Félix TERRIER,
Chirurgien de l'hôpital Bichat, Professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris.

2e SÉRIE. — VII : 1896.

B. STATISTIQUE DES OPÉRATIONS FAITES A L'HÔPITAL BICHAT PENDANT L'ANNÉE 1896, avec l'aide de mon assistant, M. le Dr H. HARTMANN, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Médecine, et de MM. W. DU BOUCHET, DUJON et L. PAQUY, internes du service.

1° Opérations sur les yeux et les paupières.
(21 opérations. — 0 mort.)

8 cataractes. — 6 guérisons. 2 insuccès par complications septiques, dues aux voies lacrymales anciennement malades.
4 iridectomies. — 4 guérisons.
5 énucléations. — 5 guérisons.
1 blépharoplastie. — 1 guérison.
1 incision et curettage du sac lacrymal. — 1 guérison.
1 kératotomie (ulcère à hypopyon). — 1 guérison.
1 [illegible]. — 1 guérison.

2° Opérations sur le crâne et la face.
(34 opérations. — 3 morts.)

1 [illegible] cerveau. Ablation. — 1 guérison.
1 [illegible] pour épistaxis chez un [illegible]. — 1 [illegible].

[1] *Progrès médical*, 27 mars 1897.

1 décortication du nez pour acné hypertrophique. — 1 guérison.
1 esquillotomie pour fracture du frontal et des os du nez. — 1 guérison.
1 excision de cicatrice cranienne. — 1 guérison.
1 ablation de ganglions néoplasiques de la joue. — 1 guérison.
1 trépanation pour méningo-encéphalite d'origine auriculaire. — 1 mort.
1 trépanation pour plaie pénétrante par balle de revolver. — 1 guérison.
2 trépanations pour contusion du cerveau. — 1 mort. 1 guérison.
1 incision et grattage pour périostite du temporal. — 1 guérison.
4 incisions pour périostite suppurée du maxillaire inférieur. — 4 guérisons.
1 incision pour ostéopériostite du maxillaire supérieur. — 1 guérison.
1 ablation d'ostéome du maxillaire supérieur. — 1 guérison.
1 ouverture d'abcès du sinus maxillaire. — 1 guérison.
1 résection du maxillaire inférieur pour ostéo-sarcome. — 1 guérison.
1 ablation de séquestres du maxillaire inférieur. — 1 guérison.
1 suture osseuse pour fracture du maxillaire inférieur. — 1 guérison.
1 urano-staphylorrhaphie. — 1 guérison.
1 excision d'épulis. — 1 guérison.
2 ablations d'épithéliomas de la lèvre inférieure avec curage de la loge sous-maxillaire. — 2 guérisons.
1 ablation de sarcome de la parotide. — 1 guérison.
2 amputations de la langue. — 1 guérison. 1 mort.
5 évidements pétro-mastoïdiens (1 mastoïdite. 2 otites moyennes, 1 antro mastoïdite. 1 polype de l'oreille). — 5 guérisons.
1 ablation d'un polype de la caisse. — 1 guérison.

3° Opérations sur le cou.
(17 opérations. — 3 morts.)

1 trachéotomie pour sténose laryngée syphilitique. — 1 guérison.
1 ablation d'un cancer ganglionnaire du cou (résection de la jugulaire). — 1 mort.
1 extirpation de ganglions sus-hyoïdiens cancéreux. — 1 guérison.
10 ablations de ganglions tuberculeux du cou. — 9 guérisons. 1 mort.
1 incision d'abcès du cou. — 1 guérison.
1 incision d'adéno-phlegmon sous-maxillaire avec fusée sous le sterno-mastoïdien. — 1 mort.
1 résection du corps thyroïde pour goitre. — 1 guérison.
1 ablation de lipome du cou. — 1 guérison.

4° Opérations sur le thorax et la colonne vertébrale.
(32 opérations. — 2 morts.)

10 ablations du sein avec curage axillaire pour épithélioma. — 10 guérisons.
1 ablation de fibro-adénome du sein. — 1 guérison.
1 ablation de kyste suppuré du sein. — 1 guérison.
1 ablation de fibrome du mamelon. — 1 guérison.
2 incisions pour abcès du sein. — 2 guérisons.
2 ablations de lipomes du dos. — 2 guérisons.
1 résection sterno-claviculaire pour tuberculose. — 1 guérison.
3 grattages pour tuberculose costale. — 2 guérisons. 1 mort.
1 résection costale. — 1 guérison.
1 pleurotomie pour pleurésie purulente. — 1 mort.
2 opérations d'Estlander. — 1 guérison. 1 en voie de guérison.
1 pleurésie purulente ayant fusé dans la région lombaire. Incisions multiples et drainage. — En voie de guérison.
1 thoracentèse pour épanchement pleural non purulent. — 1 guérison.
1 ponction pour abcès froid (mal de Pott dorso-lombaire). — 1 amélioration
1 grattage d'abcès froid sacré. — 1 guérison.
1 grattage pour tuberculose du sacrum. — En traitement.
1 incision [illegible] d'anthrax du dos. — 1 guérison.
1 incision d'abcès chaud de la région sacrée. — 1 guérison.

5° Opérations sur l'abdomen.
(110 opérations. — [illegible] morts.)

10 cures opératoires de hernies inguinales. — 10 guérisons.
4 kélotomies pour hernies inguinales étranglées. — 4 guérisons.
9 kélotomies pour hernies crurales étranglées. — [illegible] guérisons. 1 mort.
5 cures opératoires pour hernies ombilicales. — 4 guérisons. 1 mort.
1 kélotomie pour hernie ombilicale étranglée, sphacèlée. — [illegible]
1 débridement de [illegible] inguinale [illegible]. — 1 [illegible]
2 incisions [illegible] suppurées. — 2 guérisons.
3 ablations d'appendice iléo-cæcal à froid. — 3 guérisons.

2 laparotomies pour appendicite avec péritonite généralisée. — 2 morts.
9 grattages de fistules abdominales. — 7 guérisons. 2 états stationnaires.
2 laparotomies pour contusion de l'abdomen avec rupture du mésentère. — 1 mort. 1 guérison.
4 laparotomies pour contusion de l'abdomen avec rupture de l'intestin, dont une simultanée du foie. — 4 morts.
1 laparotomie pour iléus. — 1 mort.
1 laparotomie pour occlusion par calcul biliaire. — 1 mort.
1 ablation de lipome épigastrique. — 1 guérison.
1 grattage d'épithélioma de l'ombilic. — Fistule stercorale consécutive.
2 cholécystostomies pour cholécystite calculeuse. — 2 guérisons.
1 cholécystentérostomie. — 1 guérison opératoire.
1 cholécystogastrostomie. — 1 mort.
1 kyste hydatique du foie. — 1 guérison.
1 gastrostomie. — 1 guérison.
3 gastro-entérostomies. — 1 guérison. 2 morts.
2 laparotomies pour péritonite tuberculeuse. — 1 guérison. 1 mort.
1 incision d'abcès intra-abdominal. — 1 mort.
1 incision de kyste dermoïde sus-ombilical suppuré. — 1 guérison.
1 laparotomie exploratrice pour plaie de l'abdomen. — 1 guérison.
1 incision d'abcès caséeux de la fosse iliaque. — 1 amélioration.
1 laparotomie pour péritonite généralisée. — 1 mort.
3 anus iliaques (cancers intestinaux). — 1 guérison. 2 morts.

6° *Opérations sur l'anus et le rectum.*
(43 opérations. — 0 mort.)

6 Excisions d'hémorrhoïdes. — 6 guérisons.
1 dilatation de l'anus pour hémorrhoïdes. — 1 guérison.
5 dilatations pour fissure anale dont 1 avec excision de condylome. — 5 guérisons.
16 débridements et grattages de fistules anales. — 15 guérisons. 1 amélioration.
6 incisions d'abcès de la marge de l'anus. — 6 guérisons.
1 incision d'abcès de la fosse ano-rectale. — 1 guérison.
1 débridement de fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur. — 1 guérison.
2 résections de prolapsus du rectum. — 2 guérisons.
1 excision partielle de la muqueuse avec raies de feu pour prolapsus du rectum. — 1 amélioration.
1 ablation de rétrécissement du rectum. — 1 guérison.
1 ablation d'épithélioma de la face antérieure du rectum après rectotomie postérieure. — 1 guérison.
1 ablation d'épithélioma ano-rectal. — 1 guérison.
1 ablation de polype du rectum. — 1 guérison.

7° *Opérations sur les organes génitaux de la femme.*
(234 opérations. — 12 morts.)

4 ablations de kystes ovariques inclus dans le ligament large. — 4 guérisons.
1 curettage de kyste végétant du ligament large récidivé. — 1 amélioration.
1 ablation d'épithélioma de l'ovaire avec ascite. — 1 guérison.
1 laparotomie exploratrice pour épithélioma de l'ovaire. — 1 guérison.
5 ovariotomies pour kystes ovariques. — 5 guérisons.
4 ablations de kystes dermoïdes de l'ovaire. — 4 guérisons.
1 ablation de fibro-myome kystique de l'ovaire. — 1 guérison.
1 ablation de sarcome de l'ovaire avec hématocèle. — 1 guérison.
26 salpingectomies pour salpingites suppurées. — 24 guérisons. 2 morts.
12 ablations d'annexes pour lésions non suppurées. — 12 guérisons.
2 ablations de salpingites à pédicule tordu. — 2 guérisons.
3 ablations de salpingites non suppurées avec hystéropexie. — 3 guérisons.
2 ablations d'annexes tuberculeuses. — 2 guérisons.
5 castrations pour ovaires kystiques. — 5 guérisons.
1 castration pour fibro-myome kystique avec ascite. — 1 guérison.
5 opérations pour rétroversion avec ovaires kystiques (3 ablations unilatérales avec hystéropexie et ignipuncture de l'ovaire du côté opposé, 2 ignipunctures avec raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds). — 5 guérisons.
1 ablation unilatérale des annexes pour salpingite suppurée. — 1 guérison.
3 ablations unilatérale des annexes pour salpingite non suppurée. 3 guérisons.
1 ablation de kyste hématique de l'ovaire gauche. — 1 guérison
10 laparotomies pour hématocèle dont 1 suppurée. — 8 guérisons. 2 morts.
1 laparotomie pour grossesse extra-utérine avec fœtus. — 1 guérison.
27 Hystérectomies abdominales totales dont :
15 pour fibrome utérin. — 13 guérisons. 2 morts.
2 pour épithélioma du corps de l'utérus. — 2 guérisons.
2 pour métrite et salpingite double. — 2 guérisons.
4 pour métrite et salpingite double suppurée. — 4 guérisons.
1 pour salpingite double non suppurée. — 1 guérison.
1 pour fibrome avec double hydrosalpinx. — 1 guérison.
1 pour salpingite double avec gigantisme utérin. — 1 mort.
1 pour métrite puerpérale aiguë. — 1 mort.
5 Hystéropexies abdominales. — 5 guérisons.
27 Hystérectomies vaginales dont :
5 pour épithélioma utérin. — 5 guérisons.
2 pour fibrome. — 2 guérisons.
1 pour adéno-myome kystique de l'utérus. — 1 guérison.
19 pour lésions des annexes. — 17 guérisons. 2 morts.
5 ablations de polypes fibreux. — 4 guérisons. 1 mort.
1 ablation de polype muqueux. — 1 guérison.
36 curettages dont :
13 pour métrite hémorragique. — 13 guérisons.
26 pour endométrite. — 26 guérisons.
24 curettages ou délivrances artificielles pour rétentions placentaires. — 24 guérisons.
6 pour épithélioma de l'utérus. — 5 guérisons. 1 mort.
11 colpotomies postérieures dont :
7 pour salpingites suppurées — 7 guérisons.
2 pour hématocèle. — 2 guérisons.
1 colpotomie exploratrice. — 1 guérison.
1 pour phlegmon du ligament large (infection puerpuérale. — 1 mort.
1 incision iliaque pour phlegmon du ligament large avec psoïte. 1 guérison.
9 amputations du col (8 pour métrite, 1 pour épithélioma). — 9 guérisons.
1 ablation de kyste du vagin. — 1 guérison.
1 colporrhaphie. — 1 guérison.
5 colpopérinéorrhaphies. — 5 guérisons.
1 ablation de kyste de la grande lèvre. — 1 guérison.
2 ablations d'épithéliomas vulvaires. — 2 guérisons.
1 ablation de lipome vulvaire. — 1 guérison.
1 ablation de végétations vulvaire. — 1 guérison.
1 incision d'abcès de la grande lèvre. — 1 guérison.
9 incisions et ablations de bartholinites. — 9 guérisons.

8° *Opérations sur les organes génitaux de l'homme.*
(23 opérations. — 1 mort.)

2 kystes de l'épididyme (1 ablation, 1 ponction). — 2 guérisons.
2 ablations de kystes du cordon. — 2 guérisons.
7 interventions sanglantes pour hydrocèles. — 6 guérisons. 1 mort.
1 intervention sanglante pour hématocèle. — 1 guérison.
3 résections de varicocèles. — 3 guérisons.
1 castration pour sarcome du testicule. — 1 guérison.
2 grattages d'épididymite tuberculeuse. — 2 guérisons.
4 circoncisions pour phimosis. — 4 guérisons.
1 cautérisation au thermo-cautère de chancre phagédénique. — 1 guérison.

9° *Opérations sur les voies urinaires.*
(29 opérations. — 4 morts).

2 néphropexies. — 2 guérisons.
1 laparotomie, incision et drainage pour hydronéphrose. — 1 guérison.
1 néphrolithotomie. — 1 guérison.
1 nephrotomie pour abcès du rein. — 1 guérison.
2 incisions de phlegmons périnéphrétiques. — 2 guérisons.
1 néphrectomie pour rein polykystique. — 1 guérison.
1 taille hypogastrique pour épithélioma vésical. — 1 amélioration.
1 taille hypogastrique pour corps étranger de la vessie. — 1 mort.
1 taille hypogastrique pour calcul vésical. — 1 mort.
2 fermetures de fistules vésico-vaginales. — 2 guérisons.
1 autoplastie de l'urethre chez la femme pour incontinence d'urine. — 1 guérison.
1 ablation de polype de l'urèthre — 1 guérison.
1 incision de cowpérite. Fistule urinaire.
2 incisions périnéales pour rupture de l'urèthre. — 2 guérisons.
8 uréthrotomies internes. — 7 guérisons. 1 mort.
1 uréthrotomie externe pour calcul uréthral. — 1 guérison.

2 amputations de la verge pour épithélioma. — 1 guérison. 1 mort.

10° *Opérations sur les membres supérieurs.*
(35 opérations. — 4 morts).

10 réductions de luxations de l'épaule. — 9 guérisons. 1 mort.
2 résections de l'épaule. — 1 guérison. 1 mort.
1 ablation de ganglions tuberculeux de l'aisselle. — 1 guérison.
1 curettage de fistule axillaire. — 1 amélioration.
2 incisions d'abcès de l'aisselle. — 2 guérisons.
2 ablations de ganglions néoplasiques de l'aisselle. — 2 guérisons.
1 suture du tendon du triceps gauche coupé. — 1 guérison.
2 incisions de phlegmon du bras. — 1 guérison. 1 mort.
1 ablation d'esquilles par écrasement du coude. —1 guérison.
1 amputation pour gangrène traumatique de l'avant-bras. — 1 mort.
1 amputation de l'avant-bras pour traumatisme. — 1 guérison.
1 incision de phlegmon de l'avant-bras. — 1 guérison.
1 ligature de la radiale. — 1 guérison.
1 désarticulation de l'index. — 1 guérison.
1 ablation d'esquilles par écrasement de la main. — 1 guérison.
1 suture du médian et des tendons fléchisseurs sectionnés. — 1 guérison.
1 incision de phlegmon du dos de la main. — 1 guérison.
1 désarticulation du médius. — 1 guérison.
1 résection pour écrasement du bras droit. — 1 guérison.
1 enchevillement pour pseudarthrose de l'humérus droit. — En voie de traitement.
1 résection du coude pour tuberculose suppurée. — 1 guérison.
1 arthrotomie pour arthrite suppurée du coude. — 1 guérison.

11° *Opérations sur les membres inférieurs.*
(73 opérations. — 2 morts).

1 ablation de ganglions inguinaux sarcomateux. — 1 guérison.
15 ablations de ganglions inguinaux tuberculeux, etc. — 15 guérisons.
2 incisions et grattages pour ostéomyélites du fémur. — 2 guérisons.
1 incision et 8 jours plus tard résection de la hanche pour ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. — Sorti 4 mois après en voie de guérison.
5 incisions de phlegmons de la cuisse. — 5 guérisons.
1 incision et tamponnement pour anévrisme poplité. — 1 guérison.
2 incisions d'abcès du genou. — 2 guérisons.
4 incisions d'hygromas pré-rotuliens. — 4 guérisons.
2 sutures pour fracture de la rotule. — 1 guérison. 1 mort.
10 arthrotomies du genou dont : 2 pour hydarthrose, 1 pour arthropathie tabétique, 2 pour arthrite suppurée, 3 pour épanchement séro-fibrineux, 2 pour tuberculose du genou. — 10 guérisons.
1 arthrotomie tibio-tarsienne. — 1 guérison.
2 résections du genou. — 2 guérisons.
2 amputations de cuisse (1 pour tuberculose suppurée du genou et 1 pour récidive tuberculeuse après résection du genou. — 2 guérisons.
1 résection tibio-tarsienne pour tuberculose. — 1 guérison.
1 incision pour abcès de la fesse droite. — 1 guérison.
1 évidement pour ostéite de la branche ischio-pubienne. — 1 guérison.
1 suture de plaie de la région du genou. — 1 guérison.
1 trépanation pour ostéomyélite du tibia. — 1 guérison.
1 évidement pour ostéomyélite du tibia. — 1 guérison.
1 ablation de séquestre du tibia. — 1 guérison.
1 abrasion de cal douloureux du tibia avec ulcération. — 1 guérison.
1 ostéoclasie manuelle pour fracture de jambe vicieusement consolidée. — 1 guérison.
1 ostéotomie du péroné pour fracture vicieusement consolidée. — 1 guérison.
1 réduction de fracture de jambe avec luxation du pied. — 1 guérison.
2 ablations de kyste poplité. — 2 guérisons.
1 grattage d'ostéite bacillaire de la jambe. — 1 guérison.
1 ostéotomie pour genu valgum. — 1 guérison.
1 opération pour luxation des tendons péroniers latéraux. — 1 guérison.
2 désarticulations du genou — 1 guérison. 1 mort.
1 ablation d'un hygroma développé dans un moignon. — 1 guérison.
3 incisions d'abcès du dos du pied. — 3 guérisons.
1 grattage du tarse pour tuberculose. — 1 guérison.
1 ténotomie du demi-membraneux. — Etat stationnaire.

Etudions maintenant les *causes des morts* que nous avons eues à la suite de nos opérations ; remarquons d'abord que 21 opérations sur l'œil et ses annexes, ainsi que 43 opérations sur l'anus et le rectum ne nous ont donné aucun décès.

Pour 34 opérations sur le crâne et la face nous enregistrons au contraire 3 morts : 2 d'entre elles paraissent manifestement indépendantes de l'intervention; une fois la trépanation faite pour des accidents cérébraux consécutifs à une otite a montré une méningo-encéphalite. Une fois il s'agissait d'une trépanation pour contusion cérébrale. Le troisième décès enfin survint, chez un malade à qui on avait pratiqué l'ablation de la langue, neuf jours après l'opération et par pneumonie septique.

Les trois morts survenues chez les malades ayant subi des opérations portant sur la région cervicale sont dues aux causes suivantes : un malade atteint de cancer ganglionnaire du cou à qui on avait dû réséquer une partie de la jugulaire interne en même temps qu'on enlevait les ganglions, est mort de pneumonie; l'autopsie n'a pas permis de trouver d'épithélioma du côté des voies aériennes ou digestives (Hartmann). Un adéno-phlegmon sous-maxillaire ayant fusé dans la région carotidienne, chez un diabétique âgé, a déterminé la mort du malade le lendemain de son entrée à l'hôpital, malgré l'incision large qui avait été immédiatement pratiquée (Audian). La troisième mort enfin est survenue par syncope chloroformique dans un cas de tuberculose ganglionnaire du cou.

Les 32 opérations sur le thorax et la colonne vertébrale ont donné 2 morts : un malade chez qui on était intervenu pour une tuberculose costale suppurée est mort *six semaines* après de péritonite et pleurésie tuberculeuse (Paquy). Une pleurotomie pour pleurésie purulente a été suivie de mort *six semaines* plus tard par cachexie albuminurique (Hartmann).

La mortalité est, comme tous les ans, plus grande pour les opérations faites sur l'abdomen. Sur nos 110 opérations, nous avons eu 23 morts.

Quatre hernies crurales étranglées sont mortes ; l'une de pneumonie (Paquy), la deuxième de péritonite trois jours après l'intervention ; il s'agissait d'une hernie gangrenée pour laquelle on avait pratiqué un anus contre nature (Hartmann); dans le troisième cas l'anse complètement sphacélée s'était ouverte dans le péritoine et il y avait péritonite stercorale au moment de l'opération; la malade a succombé quatre heures plus tard (Du Bouchet). Dans le quatrième cas enfin, la mort est due à l'occlusion intestinale par coudure de l'anse grêle antérieurement herniée qui adhérait à elle-même et à la face inférieure et gauche du mésentère (Hartmann).

La mort à la suite de cure opératoire de hernie ombilicale est survenue *dix-sept jours* après l'opération par embolie pulmonaire d'origine cardiaque (Terrier). Une hernie ombilicale étranglée sphacélée a succombé à la péritonite (Dujon). Deux interventions pour péritonite généralisée d'origine appendiculaire nous ont donné 2 morts (Terrier, Hartmann).

La mort survenue chez un malade atteint de contusion de l'abdomen est arrivée dix heures après l'opération par abondance de l'hémorrhagie due à la déchirure du mésentère, constatée et hémostasiée par la laparotomie (Paquy).

4 laparotomies pour contusion de l'abdomen nous ont donné 4 morts : dans un cas le malade était en pleine péritonite (38°,6) au moment de l'opération; il n'y avait

qu'une minime perforation de l'intestin sur la dernière portion de l'iléon, mais par laquelle on constatait nettement l'écoulement des matières ; il existait simultanément une déchirure de la face inférieure du foie dont l'hémostase put se faire par le tamponnement (Du Bouchet). Dans les trois autres cas égalcment il existait une péritonite généralisée (douze heures après le traumatisme dans un cas) et la mort ne put être empêchée en rien par l'intervention (Hartmann).

Une occlusion par calcul biliaire s'est terminée par la mort due au choc (Hartmann). Une invagination de l'intestin *opérée in extremis* est morte presque immédiatement après l'opération.

Une cholécystentérostomie guérie opératoirement et déjà unie a succombé ultérieurement à une fièvre hectique. A l'autopsie on a trouvé un kyste hydatique suppuré de la tête du pancréas qui a comprimait les voies biliaires (Hartmann).

Une cholécystogastrostomie a donné lieu à la mort par péritonite septique au bout de quarante-huit heures (Terrier), la bile était infectée de coli-bacille.

Deux gastro-entérostomies se sont terminées par la mort; l'une de choc dans la journée même, il y avait généralisation péritonéale du cancer (Hartmann); l'autre à la suite de diarrhée purulente, 15 jours après l'intervention (Hartmann).

Un malade laparotomisé pour péritonite tuberculeuse est mort d'obstruction intestinale par coudure du colon transverse (Hartmann).

Une malade atteinte d'abcès intra-abdominal est morte chez elle 15 jours après l'incision (Terrier).

Une laparotomie pour péritonite généralisée de cause inconnue n'a pas empêché la mort (Hartmann).

Deux malades opérés d'anus iliaque sont morts, l'un de cachexie (Hartmann), l'autre d'hydronéphrose double *quatre mois* après l'intervention (Hartmann).

Les 234 opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme ont donné 12 morts.

Deux laparotomies pour salpingite double suppurée se sont terminées par la mort : dans un cas par péritonite, suite de perforation intestinale (Terrier), dans l'autre par lésion du rectum (Hartmann).

Deux hématocèles sont mortes : l'une de choc (Terrier), l'autre par plaie du sommet de la vessie (Hartmann).

Deux hystérectomies abdominales totales sont mortes : une de broncho-pneumonie au bout de *quatre jours* (Terrier), l'autre par hémorrhagie intra-abdominale provenant de l'utérine imparfaitement liée, le fil trop gros n'ayant pas amené l'occlusion complète du vaisseau (Terrier).

Une hystérectomie pour salpingite double avec gigantisme utérin a donné lieu à un décès au *dixième jour* par accidents pulmonaires; dans un autre cas, la malade opérée pour infection puerpérale post-abortum, progressant malgré l'évacuation de l'utérus et l'antisepsie locale, a succombé à la septicémie (Hartmann).

Deux hystérectomies vaginales pour lésions annexielles suppurées ont succombé; chez l'une il y eut une hémorrhagie une heure après l'ablation des pinces; pendant les manœuvres faites pour pincer le vaisseau, l'intestin sortit à la vulve, ce qui détermina une péritonite (Hartmann). L'autre malade est morte d'obstruction intestinale par adhérence d'une anse d'intestin grêle à l'un des moignons (Hartmann).

Un polype fibreux sphacélé du volume d'une tête de fœtus, faisant saillie à la vulve qu'il obstruait, fut enlevé par torsion; en essayant une excision cunéiforme de la base d'implantation pour en faire l'hémostase par suture, on perfora largement l'utérus aminci, et l'étage supérieur du ligament large fut compris dans cette section; malgré une hystérectomie vaginale on ne put ressaisir l'utéro-ovarienne de ce côté que par une laparotomie; la malade succomba à cette hémorrhagie 14 heures après (Du Bouchet).

Une malade curettée pour un épithélioma de l'utérus est morte *quinze jours* plus tard avec des symptômes tenant à la fois de la cachexie et de la péritonite ; l'autopsie ne put être faite, mais l'utérus avait été perforé pendant l'opération (Hartmann).

Un phlegmon puerpéral du ligament large incisé a donné une mort par péritonite (Hartmann).

Les 23 opérations sur les organes génitaux de l'homme ont donné un mort : le malade opéré pour une hydrocèle est mort quelque temps après l'intervention et l'autopsie a montré un cancer de l'estomac méconnu pendant la vie (Paquy).

29 opérations sur les voies urinaires ont donné 4 morts : un malade âgé à qui on avait fait une taille sus-pubienne pour corps étranger de la vessie a succombé à une broncho-pneumonie *dix jours* plus tard (Mignot). Un vieillard de 77 ans est mort de pneumonie *dix jours* après une taille hypogastrique pour calcul (Hartmann). Un malade à qui on avait fait une uréthrotomie interne est mort quelque temps après l'intervention ; l'autopsie a permis de constater qu'il existait chez lui une pyélonéphrite. Enfin, un malade à qui on avait pratiqué l'émasculation totale pour épithélioma primitif de l'urèthre est mort *deux mois après* de ramollissement cérébral (Hartmann).

Les 35 opérations sur le membre supérieur ont donné 4 morts : un malade atteint de luxation de l'épaule est mort *cinq semaines* plus tard de congestion pulmonaire; un malade à qui on avait pratiqué la résection de l'épaule est mort au bout de *trois mois* de tuberculose pulmonaire, sa plaie opératoire complétement cicatrisée (Hartmann). Un malade atteint de phlegmon du bras a succombé à la septicémie (Paquy), malgré les incisions larges pratiquées. Enfin un blessé qui avait eu l'avant-bras écrasé et chez qui la gangrène s'était déclarée a succombé à la suite de l'amputation (Paquy).

Les 73 opérations sur le membre inférieur enfin nous ont donné 2 morts : un malade atteint de fracture de la rotule suturée succomba à des accidents infectieux post-opératoires (Dujon), un autre atteint d'écrasement de la jambe succomba au choc après une désarticulation du genou (Hartmann).

Résumé des opérations selon les régions :

	Opérations.	Guérisons.	Morts.
1° Sur les yeux et les paupières. .	21	21	0
2° Sur le crâne et la face. . . .	34	31	3
3° Sur le cou.	17	14	3
4° Sur le thorax et la colonne vertébrale	32	30	2
5° Sur l'abdomen	110	87	23
6° Sur l'anus et le rectum. . . .	43	43	0
7° Sur les organes génitaux de la femme	234	222	12
8° Sur les organes génitaux de l'homme	23	22	1
9° Sur les voies urinaires. . . .	29	26	3
10° Sur les membres supérieurs . .	35	31	4
11° Sur les membres inferieurs . .	73	71	2
Total	651	598	53

Les 651 opérations ont donné 53 morts, soit en bloc 8,1 0/0.

Tableau indiquant les causes de mort :

A. — *Morts rapides (Choc).*
Trépanation pour fracture du crâne avec contusion du cerveau.
2 occlusions (un calcul biliaire, une invagination), opérées *in extremis.*
1 gastro-entérostomie; il y avait généralisation péritonéale du cancer.
1 hématocèle rétro-utérine.
1 désarticulation du genou pour écrasement de la jambe.

B. — *Complications survenues après l'opération.*
a) Complications pulmonaires.
a) Pneumonie: Amputation de la langue pour cancer. Ablation d'un cancer ganglionnaire du cou. Kelotomie pour hernie crurale étranglée. Hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Hystérectomie abdominale pour salpingite double avec gigantisme utérin. Deux tailles, 1 pour calcul, 1 pour corps étranger Une luxation de l'épaule (5 semaines après).
b) Pleurésie et péritonite tuberculeuses après une résection costale.
c) Embolie pulmonaire d'origine cardiaque après cure radicale de hernie ombilicale, guérie.
b) *Complications abdominales.*
4 occlusions par adhérence d'une anse grêle au moignon d'une hystérectomie vaginale.
2 occlusions par coudure de l'intestin, 1 après une kélotomie, 1 après laparotomie pour péritonite tuberculeuse.
1 diarrhée profuse survenue 15 jours après une gastro-entérostomie.
c) *Complications encéphaliques.*
Ramollissement cérébral 2 mois après une émasculation pour cancer.

C. — *Persistance d'accidents antérieurs à l'opération.*
a) Méningo-encéphalite diffuse.
b) Phlegmon étendu du cou chez un diabétique.
c) Cachexie albuminurique chez une femme atteinte de pleurésie purulente.
d) Péritonite due à un épanchement stercoral par gangrène de l'intestin, suite de hernie étranglée.
e) 2 péritonites généralisées après perforation de l'appendice.
f) Hémorragie intra-abdominale par rupture du mésentère.
g) Péritonites généralisées, suite de contusion de l'abdomen.
h) Cachexie chez une malade porteuse d'un abcès intra-abdominal.
i) Péritonite généralisée de cause inconnue.
j) 2 anus iliaques morts, un cachectique, un d'hydronéphrose double.
k) Infection puerpérale. Ablation abdominale d'utérus.
l) Cancer de l'estomac méconnu chez un malade porteur d'une hydrocèle.
m) Pyélonéphrite chez un malade ayant subi l'uréthrotomie interne.
n) Tuberculose pulmonaire 3 mois après une résection d'épaule complètement cicatrisée.

D. — *Accidents septiques à la suite de l'intervention.*
a) Malades non infectés avant l'intervention.
1 péritonite suite de cholécysto-gastrotomie.
1 septicémie suite de suture de la rotule.
b) Malades infectés avant l'intervention.
2 péritonites après kélotomie, 1 pour hernie crurale gangrenée, 1 pour hernie ombilicale sphacelée.
2 péritonites consécutives à une intervention pour salpingite suppurée (perforation intestinale grêle, lésion du rectum).
1 péritonite consécutive aux recherches faites pour arrêter une hémorragie survenue au moment de l'ablation des pinces (hystérectomie vaginale).
1 péritonite subaiguë (15e jour) après un curettage de cancer utérin.
1 péritonite après incision d'une suppuration post-puerpérale du ligament large.
2 septicémies, 1 après incision d'un phlegmon du bras, 1 après amputation pour gangrène traumatique du bras.

E. — *Accidents dus à une intervention defectueuse.*
Plaie du sommet de la vessie au cours d'une operation d'hématocèle péri-utérine.
Hémorragie intra-abdominale venant de l'artère utérine après hystérectomie abdominale totale.
Hémorragie par arrachement d'un polype fibreux déchirant la paroi utérine.

F. — *Accidents dus au chloroforme.*
Syncope survenue pendant la première période d'une anesthésie faite chez un malade porteur de ganglions tuberculeux du cou.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La situation du corps médical en Espagne.

Au moment où s'agite chez nous la question d'un conseil de l'ordre ou d'un collège obligatoire des médecins, il n'est pas sans intérêt de savoir quelle est la situation de nos confrères des nations voisines et quelles manifestations elle provoque. Encombrement funeste de la profession, abus des soins gratuits aux classes même aisées, extension inouïe de l'exercice illégal, prestige compromis par les agissements honteux de médecins marrons : triste présent, sombre avenir ! Telles sont les plaintes que nous entendons ici de plus en plus nombreuses, de plus en plus vives. Elles sont les mêmes au delà des frontières avec peu ou pas de variantes, selon les pays et les lois. M. J. Noir nous dira bientôt ce qu'elles sont en Angleterre; je les ai entendues pareilles en Suisse et presque semblables en Allemagne; enfin les périodiques Espagnols nous en apportent un écho vibrant. Mais, en Espagne, une chose est remarquable, enviable même, c'est l'énergie et la persévérance infatigables que mettent nos confrères à traquer et à combattre tout procédé nuisible à la dignité et aux intérêts médicaux, aussi bien qu'à la sécurité du malade, naïf et incapable de discerner les impostures d'un médicastre et de sa réclame. Un autre fait à noter, c'est la collaboration efficace de la magistrature et le bon esprit de l'administration, qui se prêtent avec conviction à cette lutte pour la bonne cause. A cela près, on croirait lire en castillan quelqu'un de nos bulletins syndicaux, en parcourant celui du *Collège des médecins de Barcelone.* Je résumais ici même, il y a peu, les vœux exprimés par cette vigoureuse association corporative en 1895; ces vœux n'ont pas atteint encore une réalisation satisfaisante ; mais l'action de ce collège en 1896 n'en a acquis que plus d'ardeur. Au milieu de ses multiples travaux, il affirme que son objet principal « n'est pas seulement de veiller aux intérêts matériels et moraux de ses membres, mais encore de contribuer de toutes ses forces à maintenir et à relever le prestige de la profession, intérêts et prestige aujourd'hui profondément compromis par l'audacieux débordement de l'exercice illégal et du charlatanisme en Espagne ».

Au sein du collège fonctionne en permanence un *comité spécial* pour rechercher les fraudes, réaliser des preuves et soumettre les cas suspects aux tribunaux. Ce comité a réussi à se mettre sous la protection du *gouverneur royal* de la province et du *procureur royal* et à les intéresser officiellement à la campagne qu'il mène si activement. Le comité spécial possède, en outre, un crédit illimité, un service particulier d'investigation et le pouvoir d'augmenter à volonté l'effectif de son personnel. Il instrumente contre des centaines de personnes de tout âge et de tout sexe, masseuses, herboristes, somnambules, rebouteux, guérisseurs, prêtres, etc., adonnés à l'exercice illicite de la médecine et de la pharmacie. Il a fait poursuivre cette année *soixante-dix* faits d'illégalité, commis par des personnes étrangères à la profession, sans préjudice de ses interventions contre des abus commis par médecins. Parmi les cas relevés, il en est d'assez piquants : tel celui du

sieur J. C... de M... qui a, pendant vingt ans, pratiqué à Barcelone comme homéopathe, délivrant des certificats, signant des actes de décès, demandant des consultations aux médecins renommés, jouissant enfin d'une clientèle aussi nombreuse que distinguée. Mais à la longue, son attitude fit naître des doutes sur l'authenticité de ses titres. Le comité exigea le dépôt de son diplôme; sans hésiter C... en exhiba un émanant de l'Université de Valladolid; malheureusement pour lui ladite Ecole déclara cette pièce absolument fausse, et C... n'eut que le temps de mettre une frontière entre lui et les alguazils. D'autres cas plus ou moins pittoresques figurent dans cette liste. « Mais, quoique douloureuse soit la confession, il faut avouer que le pire obstacle rencontré dans la lutte est opposé par la conduite inqualifiable de médecins et de pharmaciens qui, toute honte bue, ne rougissent pas de couvrir de leurs titres des charlatans avérés *pour un misérable plat de lentilles.* » Ainsi T... L..., abominable charlatan, se voyant aux prises avec le comité spécial, eut le temps de trouver un médecin assez vénal pour couvrir ses coupables menées au moment où la main des tribunaux allait s'abattre sur lui. Suit une nouvelle liste de ces associations malpropres, contre lesquelles le comité cherche un moyen d'intervenir. Ce n'est donc pas seulement chez nous que des abbés rebouteux ou marchands de drogues et que Mmes XX... extralucides trouvent des docteurs prêts « à abriter sous leur peau d'âne » leurs instituts, leurs grands jeux ou leurs boutiques. C'est ce genre d'ennemis que les collèges de Barcelone et de Madrid s'évertuent à combattre sans relâche; ils rejettent comme puérile et équivoque cette objection: que tout débat public donne trop d'importance et fait trop de réclame au médicastre poursuivi. Si on se laisse arrêter ainsi, on n'avance pas. Après un avertissement courtois, le comité emploie tous les moyens possibles de publicité pour protester, avec noms et adresses, contre les agissements des délinquants, pour éclairer les populations sur leur valeur réelle, et pour montrer sans ambiguité possible que le corps médical tout entier se sépare absolument de ces individus suspects et de leurs louches officines. La formule de publicité est la suivante: *Collège des médecins de Barcelone*, etc.

« Le comité spécial, dûment autorisé par le collège, se voit dans la douloureuse nécessité de rendre public le fait: que les docteurs X , X. et X. oubliant leurs devoirs sociaux et professionnels, et méconnaissant la dignité et les intérêts moraux de leur corporation, favorisent et fomentent le charlatanisme et l'exercice illégal en se mettant nominalement à la tête d'instituts, dispensaires ou cliniques sis à telles adresses... et qui sont, en réalité, dirigés par les sieurs Z., Z. et Z., guérisseurs sans mandat, pratiquant illégalement et ayant encouru l'action des tribunaux. »

« Le comité fait savoir, en outre, qu'avant la publication de cette circulaire, il a fait en vain des démarches courtoises auprès de ces messieurs pour les détourner de cette dangereuse voie. Le collège, à l'unanimité, engage le public ainsi éclairé à éviter ces établissements douteux et prie nos dignes confrères de suspendre toutes relations professionnelles avec les susdits médecins. » (*Dates*). (*Signatures du comité*).

Notre législation rendrait impossible, en France, ce recours à la publicité, que la puissante association catalane peut employer à son gré. Les collèges de Barcelone, de Madrid et de Navarre, qui marchent la main dans la main, demandent encore la réforme de quelques articles du Code pénal, dont le texte trop général et ambigu prête à une dangereuse indulgence. A défaut de modifications, ils en demandent l'application absolue dans toute sa rigueur. Enfin, ils continuent à élaborer l'importante question de l'*adhésion obligatoire à un collège médical* avec toutes ses conséquences. Cette proposition, formulée et commentée en 1895, a été d'abord rejetée par un grand nombre d'autres collèges, comme risquant de devenir une entrave au libre exercice de l'art. Mais, après un an de mûres réflexions et d'expériences, cette même proposition compte aujourd'hui la grande majorité des suffrages. Ceux qui la repoussaient ont été amenés à reconnaître qu'elle délivre de toute retenue le médecin honnête et qu'elle paralyse les mauvais; les anciens adversaires la demandent maintenant. Enfin, de concert avec les collèges adhérents, les vœux déjà exprimés en 1895 vont être ainsi modifiés et soumis aux pouvoirs gouvernementaux: 1° Modification par l'Etat du Code pénal en matière d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie; aggravation des simples contraventions en délits; 2° décret du gouvernement ordonnant l'association obligatoire de tous les médecins en collèges avec uniformité de sceaux et de statuts pour tous les collèges médicaux d'Espagne; 3° faculté pour le président du collège de désigner un représentant de la corporation devant se porter partie civile dans les affaires d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie et dans toutes les affaires d'infraction aux lois sanitaires ou de faits pouvant nuire à la classe médicale; ce représentant étant encore chargé par la corporation d'intenter des procès à tous ceux qui risqueraient de compromettre aussi bien la santé et la moralité publiques que le bon renom, l'honnête exercice, les intérêts matériels, les droits et la dignité de la profession médicale; 4° célébration, pendant la première quinzaine de janvier, d'une cérémonie solennelle en l'honneur des membres décédés pendant l'année précédente.

Telle est la manière dont les médecins espagnols entendent le relèvement et l'épuration de leur corporation. Ils ne se sont pas égarés dans d'interminables discussions et sont déjà en pleine action, en attendant que leurs demandes aient reçu la sanction de l'autorité gouvernementale. L'entente est remarquable parmi les membres des deux grands collèges de Madrid et de Barcelone, les deux capitales, comme entre les deux collèges eux-mêmes. Ils agissent ferme et font de la bonne besogne. BOISSIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'hygiène.* — M. le Pr PROUST a commencé le cours d'hygiène le jeudi 1er avril 1897, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de la Faculté); il le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Exercices opératoires de l'École pratique, sous la direction de M. P. Poirier, Chef des travaux anatomiques. — *Deuxième cours.* M. le Dr Guillemain, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration, le mardi 6 avril 1897, à 1 heure précise, pavillon n° 7.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 mars 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DUPUY.

M. GRÉHANT. — *Myodynamomètre.* — M. Gréhant présente un appareil à sonnerie électrique qui est une combinaison du myographe d'Helmholtz et de Rosenthal. A l'aide de cet appareil il fait la curieuse révélation suivante : au moyen de son muscle gastro-énemien, qui pèse environ 30 centigrammes, la grenouille peut soulever un poids enregistrable de 700 à 1,000 grammes. Etudiant l'action des poisons sur le muscle, M. Gréhant a reconnu que l'hydrogène, l'oxyde de carbone, l'acide carbonique, l'alcool, le curare ne parvenaient pas à affaiblir cette énorme action musculaire; la vératrine seule produit un abaissement marqué.

M. PÉRON rapporte l'observation d'un malade atteint d'une *infection de streptocoques* s'étant localisée en un abcès du cou. Le streptocoque était peu virulent, ainsi qu'en ont témoigné les cultures ; il n'y a pas eu septicémie et la généralisation n'a été que très tardive, par absence d'ouverture de l'abcès du cou méconnu et non évacué. Au bout de trois semaines le malade présenta du purpura, des accidents cholériformes et mourut. A l'autopsie, il présentait de larges escarres de la muqueuse gastro-intestinale.

MM. GARNIER et GILBERT ont fait l'*autopsie d'un malade mort de tuberculose* après avoir eu une paralysie infantile grave; la mort n'est d'ailleurs survenue qu'à 47 ans. Ils ont trouvé, en faisant l'autopsie, des cas que la plupart des paralytiques meurent de tuberculose : ce qui est peu surprenant, la suppression de l'énergie des masses musculaires entraînant une déchéance vitale énorme.

M. RETTERER expose ses recherches sur le *développement des follicules clos* qui naîtraient d'invaginations épithéliales.

M. DENIGÈS envoie une note que présente M. CHARRIN sur des *recherches sur l'urobiline.* A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mars. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Entérocolite et appendicite.

M. RECLUS montre que la rareté de l'appendicite au cours de l'entérocolite est plus apparente que réelle. L'important travail de M. Bottentui sur l'entérocolite a paru en avril 1892, époque où l'appendicite était encore peu connue. La relation entre les deux affections n'est apparue que tardivement et M. Reclus pourrait ajouter à ses cinq observations récentes plus d'un fait rétrospectif où le rapport entre l'appendicite et l'entérocolite a été méconnu. Depuis quelques jours, MM. Brissaud, Jalaguier, François Frank, Comby lui ont communiqué quatre observations nouvelles. Une cinquième observée avec M. Œttinger a la netteté d'une expérience de laboratoire. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-neuf ans dont l'intestin jusqu'alors n'avait eu aucune atteinte. Pour se débarrasser d'oxyures vermiculaires, elle eut l'idée de prendre un lavement contenant, pour 200 grammes d'eau, 50 centigrammes de sublimé corrosif; puis, effrayée de son action, elle prend et rend immédiatement un grand lavement à l'eau tiède. Malgré cette évacuation rapide, elle est prise d'une entérocolite grave avec épreintes, selles sanguinolentes, glaires et débris d'épithélium. Au bout de huit jours elle était guérie, lorsque tout à coup éclatent tous les signes d'une appendicite : douleur dans la fosse iliaque droite, vive surtout au point de Mac Burney, vomissements, météorisme, constipation et tuméfaction dans la région appendiculaire. Au point de vue de la pathogénie, M. Reclus défend le rôle de la stagnation et des coudures de l'appendice même au point de vue de la théorie du vase clos. Il invoque surtout la forme de l'organe, ce cæcum du cæcum, ce diverticule ouvert dans un diverticule, ce canal aveugle et anfractueux, souvent tordu, souvent coudé, souvent étranglé dans une gangue de néo-membranes et qui devient bientôt l'équivalent d'une fistule borgne naturelle où les liquides stagnent et exaltent leur virulence.

Obstruction intestinale par des calculs de salol.

M. ROBIN communique au nom de M. BROSSARD un fait très intéressant d'occlusion intestinale ayant persisté trente-six heures et n'ayant cédé qu'après l'évacuation de calculs, uniquement formés de salol. Le poids total de ces calculs était de 4 grammes; le plus gros pesait 2 grammes. M. Robin, en terminant, insiste sur : 1° la possibilité de la formation de sable intestinal d'origine thérapeutique ; 2° la cristallisation dans l'économie de salol, absorbé à l'état pulvérulent ; 3° sur ce nouvel inconvénient de l'antisepsie intestinale.

Uretéro-pyélo-néostomie.

M. MONOD lit un rapport sur cette nouvelle opération récemment faite par M. BAZY et sur une observation que ce dernier a présenté à l'Académie. M. Monod met particulièrement en relief la tendance de la chirurgie rénale à être plus conservatrice qu'autrefois. Dans les cas d'hydro-néphrose fermée ou définitive, en particulier, alors que l'ablation du rein semblait la seule ou la meilleure ressource, l'incision du rein lui-même — combinée ou non avec la néphropexie — ou la recherche de l'abouchement de l'uretère dans le bassinet et la section d'un rétrécissement qui siège parfois à ce niveau, ou bien enfin l'uretéro-pyélo-néostomie peuvent, tout en n'entraînant pas le sacrifice du rein, point capital, donner des guérisons complètes et durables.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale dans une grossesse de huit mois compliquée de fibrome utérin.

M. MOUCHET a pratiqué cette opération avec un plein succès. Un fait assez curieux est que l'opérée n'eut pas de sécrétion lactée.

Nouvelle application des Rayons X.

MM. REMY et CONTREMOULINS présentent un dispositif spécial permettant la détermination plus exacte du siège des balles intracraniennes.

Elections.

Liste de présentation des candidats à une place de membre titulaire, dans la section de pathologie chirurgicale. — En première ligne : M. Richelot ; en seconde ligne : M. Peyrot; en troisième ligne : M. Bouilly; en quatrième ligne, MM. Kirmisson, Quénu, Segond.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 mars 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Discussion sur les appendicites.

M. MERKLEN a récemment observé plusieurs cas d'appendicites grippales chez des enfants. Ces appendicites ne diffèrent en rien des appendicites ordinaires et nécessitent le même traitement. A son avis, la grippe ne détermine pas directement l'appendicite mais exalte la virulence des microbes de l'intestin. Il se demande si, après que la crise appendiculaire a disparu, il ne serait pas sage de conseiller l'opération à froid, qui est d'un excellent pronostic; on éviterait ainsi le retour offensif de la maladie dont une nouvelle manifestation ne peut être empêchée et peut être d'une extrême gravité. Aucun signe clinique ne permet le pronostic d'une appendicite aiguë. Il serait nécessaire pour tous les médecins d'être fixés sur les cas où leur devoir est de conseiller la laparotomie. Une enquête serait indispensable à ce sujet.

M. SIREDEY à l'appui de l'opinion de M. Merklen cite plusieurs cas où des appendicites peu douloureuses et sans symptômes inquiétants se terminèrent par la perforation brusque et la mort. Il est porté à conseiller systématiquement l'intervention chirurgicale.

M. RENDU a conseillé dans un cas d'appendicite chez le fils

d'un médecin l'opération à froid une fois les symptômes aigus de la maladie disparus. L'état dans lequel fut trouvé l'appendice, après la laparotomie, a démontré la légitimité de l'opération.

M. GALLIARD expose la nécessité de faire une enquête soigneuse, en suivant longtemps les malades après leur première crise, pour permettre de poser les indications précises de l'intervention.

M. HAYEM croit qu'on aboutirait à un meilleur résultat en demandant aux chirurgiens quelles sont les conséquences des opérations faites durant les crises appendiculaires et de celles faites à froid, si ces dernières étaient à peu près toujours suivies de succès, il faudrait en admettre systématiquement l'indication.

M. RENDU lit l'observation d'une hystérique atteinte d'appendicite. Cette malade dont les symptômes douloureux étaient intermittents et exagérés, fut considérée comme ayant des algies viscérales hystériques par M. Brissaud. La laparotomie permit néanmoins de constater l'existence d'une appendicite. Les algies viscérales guérissent; mais la malade, à la suite de l'opération, fut frappée de paraplégie hystérique.

Ce cas montre de quelles difficultés est entouré le diagnostic de l'appendicite chez les hystériques et les névropathes.

J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 mars 1897. — PRÉSIDENCE DE M. E. DELENS.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, ancien président de la Société de Chirurgie. — La séance est levée en signe de deuil immédiatement (1). M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 mars 1897. — PRÉSIDENCE DE M. JOSIAS.

Considérations sur le choix des préparations martiales dans le traitement de la chlorose et des anémies.

M. BARDET. — La plupart des orateurs qui ont exprimé jusqu'ici leur opinion ont regretté que le rapporteur ait généralisé la question posée en l'étendant au traitement des anémies et n'ait pas limité son sujet à la chlorose. Je ne suis pas de cet avis, car lorsque la médication martiale doit intervenir le traitement spécial devient le même pour les chlorotiques ou pour les simples anémiques. Il me paraît donc difficile dans une discussion thérapeutique, de mettre à part la chlorose proprement dite et les anémies diverses. On dit bien que dans le traitement des anémies la principale indication est de supprimer la cause et que l'on verra alors disparaître l'anémie. Soit, mais il n'en est pas moins vrai que le traitement ferrugineux de l'anémie jouera un grand rôle dans l'intervention thérapeutique et que par conséquent il serait de mauvais procédé de prétendre rayer les anémies d'une discussion sur la médication martiale. Et, d'ailleurs, est-il exact de prétendre que l'on pourra facilement faire disparaître des causes qui se lient le plus souvent aux effets de façon si intime qu'on ne sait plus où est la cause et où commence l'effet. Croit-on, par exemple, que l'anémie des dyspeptiques, si commune, disparaîtra en supprimant le facteur dyspeptique? J'avoue que je voudrais bien connaître un moyen de guérir à coup sûr la dyspesie, et, pour mon compte je crois qu'un dyspeptique anémique pourrait attendre longtemps s'il devait ne voir disparaître son anémie que le jour où la dyspepsie serait elle-même partie. Et les anémies par intoxication? Le médecin devra-t-il les dédaigner en tant qu'anémie, sera-t-il obligé de ne s'occuper que de l'intoxication elle-même? Je ne le crois pas et je suis certain que le thérapeute aura le plus grand avantage à faire tous ses efforts pour assurer au mieux la réparation globulaire et par conséquent à employer la médication martiale quand il sera démontré que cette médication sera tolérée. Quels moyens avons-nous de hâter la réparation globulaire? Voici un organisme qui perd son fer et qui, d'autre part, subit des troubles fonctionnels qui empêchent la réparation. Le fer manque-t-il? La chimie répond oui, la physiologie nous prouve que les réserves ont été épuisées et qu'elles ne se font pas. Dans ces conditions la première idée devait être de bourrer de fer les anémiques et les chlorotiques, afin de fournir à l'organisme le métal nécessaire. De là l'institution de la médication martiale. On a beaucoup discuté sur la valeur des ferrugineux, les uns ont vanté le métal libre, d'autres ont préconisé les sels ferreux, d'autres ont voulu accorder la préférence aux préparations organiques et dans celles-ci plusieurs ont adopté exclusivement les albuminates. Ma conviction est que toutes ces discussions sont oiseuses et que toutes les préparations peuvent être bonnes ou mauvaises selon les cas particuliers; n'oublions pas en effet que tout dépend de l'absorption et que celle-ci est elle-même sous la dépendance exclusive de la digestion. Or, comme la digestion est un phénomène des plus complexes, qui varie avec les individus, il arrive forcément que tel produit est bon chez l'un et mauvais chez l'autre. Je n'aurai donc pas de préférence exclusive pour un médicament plutôt que pour un autre et je dirai : essayez tous les ferrugineux et celui qui sera toléré par votre malade sera le bon. Le fer est donc administré, que va-t-il devenir? Certes nous ne pouvons plus avoir la prétention de voir le métal passer d'emblée dans le globule, il doit préalablement subir une élaboration très complexe qui lui permettra d'entrer enfin dans la composition du sang. En conséquence la seule chose que nous devons tenter, c'est de reconstituer cette réserve de métal dont a parlé le rapporteur. C'est là en effet que doivent se borner nos efforts, tenter davantage est au-dessus de nos forces. C'est pour cela que Dujardin-Beaumetz a soutenu jadis que l'alimentation pouvait suffir à donner à l'organisme le fer dont il avait besoin. Et c'est cette idée qui l'a amené à prendre de préférence les préparations ferrugineuses qui se rapprochaient le plus du fer alimentaire et entre autres l'hémoglobine. Pour lui, l'administration de l'hémoglobine n'avait pas d'autre effet que d'introduire dans l'organisme une quantité de fer alimentaire beaucoup plus forte que celle qui peut se trouver contenue dans une ration exagérée de viande et la suralimentation étant impossible chez les anémiques et chlorotiques qui souffrent tous de phénomènes dyspeptiques, Dujardin-Beaumetz leur administrait de fortes doses d'hémoglobine. M. Barbier a dit beaucoup de mal de l'hémoglobine, il lui a reproché de ne pas contenir assez de fer et, partant de chiffres posés par lui comme exacts, il a prétendu démontrer que la quantité d'hémoglobine à administrer devait être considérable. Ceci est loin d'être démontré, l'hémoglobine est préférable aux sels de fer. Les expériences faites au laboratoire de Cochin et relatées dans la thèse d'Hirschfeld le démontrent. L'hémoglobine est la forme alimentaire du fer médicamenteux et doit être à mon avis préférée aux autres préparations de fer. Il est un autre médicament qu'il ne faudrait pas non plus passer sous silence son histoire est courte, mais je le crois doué d'un avenir sérieux en thérapeutique et il ne faudrait pas qu'il fut oublié au cours d'une discussion sur le traitement de la chlorose et des anémies, c'est du glycéro-phosphate de fer que je veux parler. J'ai plusieurs observations intéressantes, mais jusqu'ici son emploi est difficile en raison des difficultés que présente sa conservation. Mais il est un moyen indirect d'utiliser ce sel chez les anémiques, c'est de combiner l'administration d'une préparation ferrugineuse organique avec l'administration d'un phospho-glycérate et particulièrement du phospho-glycérate de chaux. Pour mon compte personnel, j'ai fait des essais dans ce sens depuis trois mois et j'en ai retiré les meilleurs effets. En terminant, je voudrais dire un mot sur les traitements accessoires de la chlorose et de l'anémie. M. Le Gendre a dit que la mer pouvait être dangereuse et qu'il avait vu plus d'une fois les malades arrivés sur une plage au moyen de leurs jambes qui ont été forcés de partir en sleeping. L'image est suggestive, mais est-il certain que la vraie coupable soit la mer? Les malades n'étaient-ils pas les chlorotiques en voie de dénutrition et l'arrivée à la plage ne fut-elle pas une simple coïncidence? Je ne crois pas le séjour des bords de la mer si défavorable. Ah! si vous parlez des bains de mer, c'est autre chose, là je serai de votre avis. Le bain de mer, presque toujours mal administré, fait, je le crois, beaucoup plus de mal que de bien.

(1) Voir, plus loin, l'article que nous consacrons à M. de Saint-Germain, p. 221.

On a aussi médit du séjour de hautes altitudes, pour mon compte je n'accepte pas sans restriction cette manière de voir, car j'ai vu des chlorotiques se trouver admirablement de séjours à 1.500 à 2 000 mètres. Par contre j'ai vu des chlorotiques nombreux parmi les montagnards, mais où n'en voit-on pas ? La chlorose est une dystrophie, ce n'est pas une maladie spéciale à telle ou telle région. Je crois que c'est dans ces questions qu'il faut se montrer très réservé et se méfier du fameux *Post hoc, ergo propter*.

Données fournies par l'analyse biologique dans le traitement de la chlorose et des anémies.

M. Alb. ROBIN n'admet pas, avec M. Hayem, que le traitement par le fer soit indiqué pour les deux périodes de la chlorose : celle de déglobulisation où il ne faudrait pas prescrire de fer et la période de réparation où la médication ferrique est utile. Il pense qu'on doit au sujet de l'administration du fer ne se baser que sur la chimie des échanges. Le fer accroissant les oxydations peut être donné avec succès quand l'oxydation azotée est diminuée. On ne devra pas le donner aux malades dont les échanges et l'oxydation azotée sont augmentés. C'est alors l'arsenic que l'on doit prescrire.

Intolérance de la caféine.

M. DALCHÉ cite l'observation d'un malade atteint de tuberculose prise d'abord pour une attaque de grippe, chez lequel des accidents nerveux et délirants survinrent à la suite d'administration d'une dose moyenne de caféine. Le malade était il est vrai, diabétique et légèrement albuminurique. Il y a là un fait d'idiosyncrasie qu'on aurait tort de ne pas admettre.

M. LEGENDRE fait remarquer que le délire survient chez certaines personnes intolérantes avec de très faibles doses. Il cite même une observation d'intolérance du café. Une malade très sensible au laudanum était tombée dans la stupeur à la suite d'un lavement laudanisé, l'administration d'infusion de café amena de l'agitation et du délire.

M. BARDET, à ce propos, cite plusieurs cas d'intolérance pour l'opium, l'antipyrine, l'iodure de potassium, etc.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du Jeudi 11 Mars 1897.

Traitement de l'anus vulvaire congénital.

M. P. PETIT présente une petite malade de 10 ans, qu'il a opérée d'un anus vulvaire congénital ; développement normal des os iliaques et du sacrum, mais absence de coccyx. L'anus s'ouvrait un peu au-dessus de la fourchette par un orifice ovalaire, limité en haut et sur les côtés par un hymen en croissant. Il admettait la phalange de l'index, et conduisait à une ampoule qui s'incurvait légèrement vers le bas avant de se continuer en haut à plein canal avec le rectum. L'enfant n'arrivait qu'imparfaitement à retenir les matières fécales. M. Petit pratiqua le procédé de transposition du périnée de Rizzoli. Incision du périnée depuis la fourchette jusqu'à un point situé au delà de l'emplacement normal de l'anus, séparation par dissection du rectum et du vagin, fixation de l'orifice anal à l'angle postérieur de la plaie, suture de la peau à la muqueuse, fermeture du périnée. Suites opératoires parfaites, incision par première intention. Actuellement, la petite malade n'a plus d'incontinence des matières fécales. L'auteur discute les différents procédés qui ont été préconisés pour remédier à cette grave infirmité et défend le procédé de Rizzoli.

Monstre symélien.

M. COVILLE. — Le monstre présentait les particularités suivantes : les membres inférieurs sont réunis dans l'étendue de 10 c. 1/2 par un pont musculo-membraneux. Les membres inférieurs présentent, par rapport au corps, une direction absolument normale. Il y a absence complète d'anus, dont l'emplacement est occupé par un appendice cutané, présentant à sa base un petit pertuis qui admet l'extrémité du stylet. Pas d'organes génitaux externes, représentés seulement par un petit tubercule sous-pubien de la grosseur d'un petit pois. Les malformations organiques portent sur le gros intestin et les organes génito-urinaires. Le côlon transverse, le côlon descendant, le rectum manquent absolument. Le cæcum et le côlon ascendant considérablement distendus par le méconium existent. Il n'y a point de vessie, pas d'ouraque, pas d'uretère, mais les reins sont normaux d'aspect et de dimensions. Les ovaires et les trompes sont normaux ; mais l'utérus est bifurqué ; il est représenté par deux cornes dirigées en bas et en dehors, à l'extrémité desquelles viennent prendre insertion les trompes et les ligaments ronds. Il n'y a pas trace de vagin.

M. MAYGRIER fait observer que, malgré l'absence de vessie, on n'observait aucune anomalie du côté du placenta.

Appendicite et annexite.

M. LUTAUD. — Le diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexite droite présente souvent de réelles difficultés. Il est possible de confondre les suppurations d'origine cæcale avec les suppurations péri-utérine d'origine génitale. L'auteur rapporte trois cas dans lesquels des suppurations d'origine péri-cæcale ont été confondues avec des pyo-salpinx. Ces faits lui paraissent de nature à appeler l'attention des gynécologues. Il y a quelques années, le pyo-salpinx avait remplacé toutes les autres variétés d'inflammations pelviennes, aujourd'hui l'appendicite accapare l'attention des médecins. Il est probable que si les trois cas rapportés avaient été observés en 1896, l'auteur aurait évité l'erreur de diagnostic, qui, heureusement pour les malades, n'a eu aucune conséquence grave.

M. BUDIN fait observer qu'il y a des caractères différentiels permettant d'éviter les causes d'erreur : le siège de la tumeur n'est pas le même, celui de la douleur non plus. En cas d'appendicite, on ne trouve rien dans le cul-de-sac vaginal, la tumeur n'est pas au contact de l'utérus, on peut percevoir les annexes qui ne sont pas augmentées de volume.

M. DOLÉRIS. — Le phlegmon intestinal est élevé, les annexes enflammées tendent à descendre vers le fond du bassin. L'annexite est précédée d'une inflammation puerpérale ou gonococcique. Dans la pratique, l'erreur de diagnostic que signale M. Lutaud, ne doit pas être souvent commise.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du rachitisme, de la scrofule, des affections pulmonaires chroniques, etc., par la médication iodo-phosphorée.

L'huile de foie de morue est depuis quelque temps l'objet de spéculations acharnées, qui ont pour resultat d'influer sur la qualite du produit, au grand détriment des malades qui l'emploient. Dans le but de vendre à bas prix ce médicament sur les effets duquel comptent tant de médecins, des industriels peu scrupuleux le mélangent avec des huiles etrangères animales, végétales ou même minérales, souvent de basse qualité. N'est-il pas assez regrettable déjà que l'huile de foie de morue soit mal supportee par la plupart des estomacs, fatigue cet organe, quand elle ne va pas jusqu'à causer une diarrhée rebelle. sans qu'elle soit encore rendue plus indigeste par des melanges inavouables ?

Depuis plus d'un demi-siècle que ce médicament est entre dans la thérapeutique, on a tenté de lui substituer divers produits artificiels qui ne présentaient pas la même efficacité que lui.

Il y a une vingtaine d'années, le Dr Gressy, exerçant sur les côtes de Bretagne, conçut l'idée que, si la faune des mers procurait un produit iodo-bromo-phosphore à action curative sur certains etats morbides, il devait être aussi facile, aussi pratique, d'extraire de la flore marine un médicament de même nature et de même valeur. Or, l'analyse chimique prouve que certaines algues thalassophytes, ulves et fucus. renferment, en combinaison moléculaire naturelle avec une matière grasse vegétale et une matière organique soluble. de notables proportions de brome, d'iode et de phosphore : il est d'ailleurs à peine besoin de rappeler que c'est des varechs que sont extraits industriellement le brome et l'iode.

Le Dr Gressy, après avoir longuement et consciencieusement expérimenté l'action thérapeutique des principes retirés de ces algues fraîches et en avoir reconnu l'incontestable efficacité, confia à Le Perdriel le soin de préparer, avec ces principes actifs, fixes et volatils, un sirop agréable et de digestion facile. C'est à cette préparation, digne de tout l'intérêt du corps médical, en même temps que de celui des malades pour lesquels son prix n'est pas plus élevé que celui de l'huile de foie de morue vierge, qu'a été donné le nom de *fucoglycine*.

Les résultats obtenus par le Dr Gressy et les médecins qui en ont étudié les effets démontrent que la fucoglycine stimule l'innervation, régularise la nutrition et tarit les sécrétions morbides de la muqueuse bronchique.

La thérapeutique possède dans ce médicament un puissant moyen de combattre le rachitisme, la scrofule et toutes les affections qui s'y rattachent. Il trouve également son indication fondamentale dans la tuberculose, localisée ou généralisée, les affections pulmonaires et principalement la bronchite chronique rebelle.

En résumé, la fucoglycine, dont l'efficacité, constatée par plus de vingt années d'expérimentation, est égale, sinon supérieure dans quelques cas, à celle de l'huile de foie de morue, présente sur cette dernière le précieux avantage d'être un produit de confiance, toujours identique, sur les effets duquel le médecin peut toujours compter, qui n'inspire pas de répugnance au malade, ne fatigue pas l'estomac et ne détermine aucun accident du côté des voies digestives.

VARIA

Hôpitaux de Paris.

Cours et Conférences cliniques de MM. les Médecins, Chirurgiens et Accoucheurs.

Hôtel-Dieu. MM. les Drs Cornil, conférences d'anatomie pathologique, jeudi, 9 h. 1/2, laboratoire. Conférences de chimie clinique, samedi, 9 h. 1/2, laboratoire. — Ferrand, conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique, jeudi, 10 heures, laboratoire de la salle Sainte-Anne — Gingeot, clinique médicale, jeudi, 10 h., salles Saint-Louis et Sainte-Marie. — Polaillon, clinique chirurgicale, tous les jours, 9 heures, salles Saint-Côme et Sainte-Marthe.

Pitié. MM. les Drs Albert Robin, leçons cliniques, lundi, 9 h. 1/2, amphithéâtre des cours. — Faisans, maladies des voies respiratoires, mardi et mercredi, 9 heures, salles Piorry et Lorrain; jeudi, amphithéâtre des cours. — André Petit, maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, salle Trousseau. — Babinski, maladies du système nerveux, samedi, 10 heures, annexe de la salle Grisolle. — Thibierge, maladies de la peau et syphilis, vendredi, 10 h. 1/2 amphithéâtre des cours. Conférences sur les maladies de la peau et du cuir chevelu, mercredi, samedi, 8 heures, salle des consultations spéciales. Opérations dermatologiques, mardi, 10 heures, salle Cruveilher. — Tuffier, opérations, jeudi, 9 h. 1/2, pavillon Gerdy. Visite des malades, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, salle Broca et Gerdy. — Doléris, obstétrique, suites de couches, et gynécologie, mardi et vendredi, 10 h. 1/2, dans le service.

Charité. MM. les Drs Gouraud, conférences cliniques (maladies du cœur), lundi et jeudi, 10 heures, au lit des malades. — Moutard-Martin, conférences de clinique médicale, tous les jours, 9 heures, salles Saint-Louis et Andral. — Oulmont, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Saint-Antoine. MM. les Drs Brissaud, maladies du système nerveux, jeudi, 10 heures, salle des conférences. — Ballet, maladies du système nerveux, dimanche, 10 heures, salle des conférences. — Gaucher, maladies de la peau et syphilis, lundi, mercredi, samedi, 10 heures, salle des consultations spéciales. — A. Siredey, conférences de clinique médicale, tous les jours, 9 heures, salles Barth, Andral et Axenfeld. Maladies des femmes, vendredi, 9 heures, salle Barth.

Necker. MM. les Drs Rendu, leçons cliniques, jeudi, 10 heures, amphithéâtre. — Henri Huchard, clinique et thérapeutique, mardi, 9 heures, pavillon de la salle Delpech. — Cuffer, conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi, 9 h. 1/2, pavillon Peter. Leçons de pathologie clinique, mardi, 10 h. 1/2, pavillon Peter. Leçons cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.—Barth, conférences de séméiotique élémentaire, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, amphithéâtre. Clinique et thérapeutique, lundi, mardi, jeudi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Routier, leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, mardi, 9 heures, amphithéâtre (à partir du 1er juin).

Cochin. MM. les Drs Chauffard, conférences de clinique médicale, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, au lit des malades. — Delpeuch, leçons cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades. — Schwartz, conférences de clinique chirurgicale, mercredi, 10 h. 1/2. — Quénu, clinique chirurgicale et opérations, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Beaujon. MM. les Drs Fernet, conférences cliniques, dimanche, 9 h. 1/2, amphithéâtre.— Rigal (suppléé par M. le Dr Florand), conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades.—Troisier, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.— Debove, conférences cliniques, lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Théophile Anger (Dr Lejars, assistant), clinique chirurgicale, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, amphithéâtre. Opérations de gynécologie, mardi, jeudi, 9 heures, pavillon Dolbeau. — Championnière, clinique chirurgicale, mardi, 9 heures, amphithéâtre. Opérations abdominales, vendredi, 9 heures, pavillon Dolbeau. — Ribemont-Dessaignes, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Launois, conférences cliniques, jeudi, 9 h. 1/2, salle de la consultation.

Lariboisière. MM. les Drs Duguet, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Gouguenheim, clinique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades. Maladies du larynx et du nez (leçons théoriques), dimanche, 9 heures, salle Aran. Consultations des maladies du larynx et du nez, conférences cliniques, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, salle du larynx.— Landrieux, clinique médicale, samedi, 9 heures, au lit des malades. Consultation externe de gynécologie, jeudi, 9 heures, salle de gynécologie. — Dreyfus-Brisac, conférences de pathologie clinique, mardi, 9 h. 1/4, amphithéâtre. — Tapret, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Muselier, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Delens, maladie des yeux, examen ophtalmoscopique, tous les jours, 9 heures, salle de l'ophtalmologie. — Peyrot, clinique chirurgicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Paul Reynier, clinique chirurgicale, samedi, 10 heures, amphithéâtre Gosselin; tous les jours, 9 heures, au lit des malades.— Maygrier, clinique obstétricale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Tenon. MM. les Drs Brault, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Bourcy, leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2, salle Lelong ; tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Le Gendre, leçons de clinique et de thérapeutique, lundi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Béclère, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; vendredi, 10 h. 1/2, salle Pidoux. — Giraudeau, leçons cliniques, jeudi, 9 heures, salle Axenfed. — Felizet, chirurgie infantile, tous les jours excepté le jeudi, au lit des malades. — Gerard-Marchant, clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Bazy, maladies des voies urinaires, consultation externe et examen des malades, mardi, samedi, 9 heures.

Laënnec. MM. les Drs Landouzy, séméiotique clinique et thérapeutique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. Conférences de séméiotique, mardi, jeudi, 10 heures, amphithéâtre. — Merklen, conférences de séméiotique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2, amphithéâtre. Conférences de bactériologie, lundi, 10 h. 1/2, amphithéâtre. — Barié, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Hirtz, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. Conférences de séméiotique et de thérapeutique, vendredi, 10 heures, amphithéâtre. — Reclus, thérapeutique chirurgicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; samedi, 9 h. 1/2, amphithéâtre.

Broussais. MM. les Drs Gilbert, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. — Œttinger, conférences de clinique et de séméiotique, mardi, jeudi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Michaux, clinique, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, au lit des malades. Clinique chirurgicale et opérations, lundi, vendredi, 9 heures, salle d'opérations.

Saint-Louis. MM. les Drs Hallopeau, dermatologie et syphiligraphie (leçons cliniques), dimanche, 9 heures, salles des conférences du musée, janvier, février, mars et avril 1897. Consultation clinique externe, lundi, 9 heures, 38, rue Bichat; jeudi, 1 heure, 38, rue Bichat. Examen des nouveaux malades et conférence clinique, mardi, 10 heures, laboratoire Bazin. Visite générale, mercredi, vendredi, 9 heures, salles. Traitement des teignes, samedi, 9 heures, salles. — Tenneson, consultation externe, mardi, 9 heures, 38 rue Bichat. Examen des nouveaux malades, mercredi, 9 heures, laboratoire Alibert. Opérations dermatologiques, vendredi, 9 heures, laboratoire Alibert (cours de dermatologie à partir de mai). — Du Castel, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, 2 heures, salle des conférences. Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2, laboratoire Cazenave. Examen et discussion des nouveaux malades: policlinique, jeudi, 9 heures, salle Cazenave. — Marchand, cli-

nique chirurgicale et opérations, samedi, 10 heures. — Richelot, conférences cliniques, lundi et vendredi, 9 heures. Opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi. — Nélaton, clinique chirurgicale et opérations, mercredi. vendredi, 9 heures. — Bar, examen des malades, tous les jours, 9 heures, salle Paul Dubois.

Ricord. M. le Dr Mauriac, syphilis et maladies vénériennes (clinique et thérapeutique), samedi, 9 h. 1/2. musée, à partir d'avril.

Broca. MM. les Drs De Beurmann, leçons sur les affections cutanées et syphilitiques, mardi, 9 h. 1/2, salles. Consultation et examen clinique des malades, mardi, jeudi, samedi, 10 h. 1/2, salle de la consultation ; lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, salles. — Brocq, examen clinique des malades atteintes d'affections cutanées. lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/4, salle de la consultation. Conférences sur le traitement des maladies de la peau, mercredi, 8 h. 1/4, salle Vidal. — Pozzi, clinique gynécologique, lundi, vendredi, 10 heures, amphithéâtre du service, à partir d'avril 1897.

Enfants-Malades. MM. les Drs Descroizilles, maladies infantiles, samedi, 9 heures, salle de consultation; mercredi, 9 h. 1/2, amphithéatre ou salle Blache. — D'Heilly, leçons cliniques, mardi, au lit des malades. — Moizard, leçons cliniques, mercredi, samedi, au lit des malades. — Sevestre, leçons cliniques sur la diphtérie, mardi, jeudi, samedi, salle des conférences du service. — Comby, leçon de thérapeutique clinique, mardi, 9 heures, salle de consultion. Leçons cliniques, mercredi, 9 heures, salle de Chaumont. — De Saint-Germain, traitement des tumeurs vasculaires et des affections articulaires, jeudi, 9 heures, amphithéâtre (la date d'ouverture sera fixée ultérieurement). — Brun, chirurgie infantile et orthopédie, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Trousseau. MM. les Drs Josias, clinique infantile, mardi, vendredi. 9 heures. salles Blache et Barrier. — Netter, clinique infantile, tous les jours, 9 h. 1/2. salle Bouvier. — Variot, clinique infantile, tous les jours, de 9 heures à 11 heures, salle Lugol. — Richardière, clinique infantile, tous les jours, 10 heures, pavillon Bretonneau. — Lannelongue (Dr Broca, assistant), conférences cliniques, mercredi, 9 h. 1/2, salle Giraldès; dimanche, 9 heures, salle d'opérations (conférences faites par le Dr Broca).

Enfants-Assistés. M. le Dr Kirmisson, leçons cliniques sur les difformités des membres, lundi, vendredi, 9 heures, couloir du bâtiment central (semestre d'hiver 1897-1898).

Salpêtrière. MM. les Drs Déjerine, maladies du système nerveux, jeudi, 5 heures, salle de la consultation externe. Consultation externe-policlinique nerveuse, mercredi, 9 h. 1/2, salle de la consultation externe. — Auguste Voisin, maladies mentales et nerveuses. jeudi, 10 heures, section Rambuteau (mai, juin, juillet). — Jules Voisin, maladies mentales et nerveuses, 10 heures, section Esquirol.

La Rochefoucauld. M. le Dr Darier, maladies de la peau; conférences théoriques et pratiques, lundi, mercredi, vendredi, 8 heures, salle de la consultation externe.

Installation d'un service d'électrothérapie à l'hôpital de la Charité.

Sur le rapport de M. Dubrisay, le Conseil de Surveillance de l'Assistance publique, dans sa séance du 21 janvier. a émis l'avis : 1° De maintenir à titre définitif le service d'électrothérapie de l'hôpital Lariboisière; 2° De créer un nouveau service analogue à l'hôpital de la Charité; 3° D'imputer la dépense annuelle d'entretien des appareils et de personnel évaluée à 4.000 francs pour chacun des deux services, sur les crédits ordinaires du budget. D'imputer également sur les crédits ordinaires, ou, en cas d'insuffisance, sur le fonds de réserve, la dépense nécessaire pour l'organisation du nouveau service de la Charité, évaluée à 2 400 francs.

Nous apprenons que notre ami et collaborateur, M. le Dr RÉGNIER, vient d'être nommé chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité. Ses travaux spéciaux et les services qu'il a rendus comme suppléant du service d'électrothérapie de Lariboisière, justifient parfaitement cette nomination.

La tuberculose à Paris.

MM. Raoul Bompard et E. Clarin, conseillers municipaux du XVIIe arrondissement, viennent de déposer une proposition relative à la prophylaxie de la tuberculose pour les malades soignés à domicile et principalement pour les enfants dans les écoles. Ils demandent qu'on instruise les élèves du danger considérable que présente l'habitude malpropre de cracher; que les directeurs d'école et les instituteurs reçoivent de pressantes instructions ; que les médecins des écoles soient invités à faire sur ces prescriptions d'hygiène des conférences aux élèves ; que les délégués cantonaux surtout, qui doivent de par la loi, veiller à l'hygiène des enfants et des locaux scolaires, qui représentent plus particulièrement les pères de famille, soient priés de veiller attentivement à cette question de la tuberculose, des crachats, de la contagion des livres de classe; ils voudraient enfin que les médecins des dispensaires scolaires ouverts par les municipalités ou par l'initiative privée, soient spécialement exhortés à signaler les cas suspects et à solliciter le placement immédiat des enfants atteints.

C'est, en effet, au début de la maladie qu'il convient d'agir pour éviter cette terrible progression.

Mais il convient également de porter une extrême attention sur la santé des maitres et maîtresses que la fatigue de leur profession rend particulièrement vulnérables au fléau de la phtisie. Leur contact quotidien avec les enfants crée pour ceux-ci un danger considérable, si le professeur vient à être touché.

MM. Bompard et Clairin proposent de prendre, à leur égard, les mesures suivantes :

1° De faire procéder à un examen médical très sérieux et très approfondi des élèves admis aux écoles normales des Batignolles et d'Auteuil ;

2° Organiser dans ces deux établissements une surveillance spéciale pour la tuberculose ;

3° Exiger un examen sévère et un certificat en règle pour tous les auxiliaires avant leur nomination ;

4° Faire établir ces certificats par les médecins-inspecteurs de l'administration, auxquels une rétribution serait allouée de ce chef.

5° Surveiller et au besoin évincer du service tout malade tuberculeux, sauf à proposer au Conseil telle mesure que notre sollicitude envers le personnel enseignant nous commanderait. Suivant les années de service accomplies, vous pourriez ordonner soit le placement dans une maison de retraite spéciale, soit un secours dans la famille ;

6° Désinfecter fréquemment et d'une façon sérieuse les locaux scolaires.

En ce qui concerne l'assistance à domicile, les auteurs de la proposition préconisent la remise d'instructions écrites, la distribution de crachoirs, la désinfection des locaux et l'antisepsie du bureau de bienfaisance et des bureaux de mairie. Pour surveiller, prescrire, exécuter au besoin les mesures de prophylaxie, ils voudraient créer, comme l'a demandé le Dr Séailles, des *infirmiers-surveillants*.

Ces infirmiers, attachés au dispensaire le plus voisin, passeraient tous les deux jours chez les malades, leur donneraient les soins nécessités par leur état, surveilleraient la prise des médicaments prescrits par le médecin traitant, feraient les pansements, poseraient ventouses et vésicatoires, s'occuperaient enfin de ce pauvre malade depuis trop longtemps délaissé. Ils constateraient de plus si les mesures de prophylaxie prescrites sont bien faites par le service compétent.

MM. Bompard et Clarin reconnaissent que la guerre contre le plus redoutable des fléaux sera dispendieuse; mais ils disent avec le Pr Grancher : « Quel que soit le sacrifice pécuniaire, il sera toujours inférieur à la grandeur du service rendu. »

La Médecine et le Théâtre en 1897.
Les Soirées médicales.

On sait que beaucoup de médecins sont des amis des arts et parfois de véritables Mécènes. Il faut les en féliciter. Qu'y a-t-il, sous le brumeux ciel de Paris, de plus consolant que ces envolées vers l'Idéal, bien loin des calomnies et des jalousies si basses et si mesquines ? Donc, applaudissons d'avance aux efforts de ces vaillants confrères, qui peuvent nous procurer ainsi quelques instants précieux d'oubli total des humaines misères !

A ce propos, contons que récemment le Dr X..., qui désire passer incognito, a fait représenter un drame de Mme Stanislas Meunier, la femme de lettres bien connue, épouse de notre cher maitre, M. le Dr Stanislas Meunier (du Muséum): *Le Nihiliste*; et c'est précisément Mme X..., qui a joué, salle des Mathurins, le rôle principal avec un réel succès et un véritable tempérament d'artiste. Nous l'avons retrouvée dans une revue de M. Cochez : *A tort et à travers*, en compagnie de plusieurs de ses amies, que les planches n'ont pas beaucoup plus effrayées ! Tous nos compliments à ces ravissantes interprètes..., dont nous n'entendrons peut-être plus jamais parler. Quel dommage ! M. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 5. — Médecine opératoire : MM. Tillaux, Terrier, Poirier. — 2e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Rémy, Retterer, Sébileau. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, André, Heim. — 3e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Pinard, Peyrot, Jalaguier. — (2e partie). (1re série) : MM. Potain, Chauffard, Marie. — (2e série) : MM. Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 5e de Doctorat (1re partie). Chirurgie. Pitié : MM. Delens, Humbert, Delbet. — (2e partie) : MM. Ricard, Lejars, Walther.

MARDI 6. — Dissection : MM. Panas, Polaillon, Quénu. — 1er de Doctorat. Nouveau régime : MM. Farabeuf, Berger, Thiéry. — 2e de Doctorat, oral (1re partie). (1re série) : MM. Cornil, Poirier, Roger. — (2e série) : MM. Raymond, Rémy, Chantemesse. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley, Chassevant. — 3e de Doctorat, oral (1re partie) : MM Le Dentu, Pozzi, Brun. — 4e de Doctorat : MM. Proust, Gilbert, André. — 5e de Doctorat (1re partie). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Nélaton, Albarran. — (2e partie). (1re série) : MM Jaccoud, Debove, Charrin. — (2e série) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Achard. — (1re partie). Obstétrique. Clin. d'accouchem., rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

MERCREDI 7. — Dissection : MM. Humbert, Broca, Sébileau. — 2e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Rémy, Retterer, Heim. — 5e de Doctorat (1re partie). Chirurgie, Hôtel-Dieu. (1re série) : MM. Peyrot, Jalaguier, Delbet. — (2e série) : MM. Delens, Ricard, Lejars. — (2e partie) : MM. Hayem, Chauffard, Wurtz.

JEUDI 8. — Dissection : MM. Polaillon, Quénu, Hartmann. — 1er de Doctorat : MM. Farabeuf, Nélaton, Thiéry. — 2e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Rémy, Poirier, Wurtz. — 3e de Doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Charrin. — 4e de Doctorat : MM. Proust, Pouchet, Achard.

VENDREDI 9. — Dissection : MM. Humbert, Jalaguier, Retterer.— 3e de Doctorat (2e partie): MM. Grancher, Marie, Chantemesse. — 4e de Doctorat : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e de Doctorat (1re partie). Chirurgie. Necker (1re série) : MM. Peyrot, Lejars, Walther.— (2e série): MM. Terrier, Delens, Broca.— (2e partie) MM. Hayem, Chauffard. Wurtz. — (1re partie). Obstétrique. (Clinique Baudeloque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 7 avril. — M. Machado. De la valeur séméiologique de la percussion de l'oreillette gauche — M Marson. Contribution à l'étude des hallucinations verbales psychomotrices. — M. Rivet. Etude sur le pemphigus foliacé. — M. Picard. Dyspnée toxique d'origine alimentaire. — M. Legendre. Sur le pyramidon. Etude expérimentale et thérapeutique. - M. Blandeau. Albuminurie des multipares. — M. Bastard. Contribution à l'étude du traitement ombilical après la naissance. Action des bains. — M. Brésard. Etude de chirurgie pulmonaire. — M. Godonnèche. Manifestations tardives dans les fractures du rachis. – M. Dudouyt. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du radius. — M. Anghel. Sur la pathogénie de l'appendicite. — M. Leblanc. Contribution au traitement des fractures du maxillaire inférieur.

JEUDI 8. — M. Philouze. Coups de feu sans projectiles, armes de poche. Etude médico-légale. — Mlle Chauliaguet. Recherches médicales sur les genres actaea et arum. — M. Brousse. Œdème brightique du larynx (en dehors de l'anasarque). — M. Dolbeau. Contribution à l'etude de l'anesthésie en chirurgie oculaire, par l'emploi de l'eucaine B. — M. Colonna-Walewski. Des abcès de la cloison. — M. Terson. Contribution à l'étude de l'enophtalmie et de l'exophtalmie alternantes. — M. Macé. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. — M. Ablaire. Considérations générales de pathologie comparée, nouvelles recherches sur la nature de la maladie dite des chiens, dans ses rapports avec la rougeole et le pemphigus des enfants.— M. Claude. Sur les lésions du foie et des reins. — M. Rosenoff. Du mal de montagne. — M. Lebœuf. Contribution à l'étude des la hernie épigastrique. — M. Briançon. Contribution à l'étude des hernies de l'appendice et de l'appendicite herniaire — M. Parmentier. Contribution à l'etude du mal de Bright chez les vieillards. — M. Bordas. Description anatomique et étude histologique des glandes à venin des insectes. — M. Benoit. Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme. — Mlle Botkowskaia. Des ... postérieures. Etude statistique. — M. Forman. Contribution à l'étude de l'expulsion de l'œuf en bloc, dans le dernier trimestre de la grossesse.

VENDREDI 9. — M. Krels. Des attitudes vicieuses dans la coxalgie. Pathogénie et traitement — M. Debienne De la hernie du poumon. — M Gesland. De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale. — M. Jacquemart. Des hémorragies post-opératoires dans la thyroïdectomie.

Nous attirons l'attention de nos Lecteurs sur le **Catalogue** *des livres au rabais joint à ce numéro.*

NÉCROLOGIE.

M. le Dr L.-A. de SAINT-GERMAIN (de Paris).

M. le Dr Louis-Alexandre DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, ancien président de la Société de Chirurgie de Paris, est décédé le 25 mars dernier, à l'âge de 61 ans.

Ancien interne des hôpitaux en 1856, M. de Saint-Germain passa sa thèse en 1861. Elle avait pour titre : *De la Fièvre uréthrale* (in-4, 50 p.). Il fut nommé chirurgien des hôpitaux le 16 juillet 1867, et, dès qu'il fut titulaire aux Enfants-Malades, le 1er janvier 1873, il se consacra exclusivement à la chirurgie infantile. On doit à ce praticien distingué plusieurs mémoires ayant trait à la spécialité qu'il avait embrassée. Nous citerons, entre autres, parmi les principaux :



M. le Dr L.-A. DE SAINT-GERMAIN (de Paris).

De l'anesthésie chez les enfants (1878). — *Traitement des fractures chez les enfants* (1879). — *D'un traitement des tumeurs blanches au moyen du pansement de Scott, modifié par M. Suchard* (1879). — *Traitement du mal de Pott et de la scoliose par la suspension et les appareils plâtrés.* — *De l'amygdalotomie* (1879). — *Ectopie du testicule* (*Journal de méd. et de chir.*, 1879, p. 400). — *Traitement des hernies chez l'enfant; Du traitement du phimosis congénital et d'un procédé fort simple d'amputation de la verge* (1880). — *Sur le moyen d'extraire les corps étrangers* (1880). — *Guérison d'une pseudarthrose, chez un malade de 35 ans, par l'electro-puncture* (1881). — *Du torticolis* (1881). — *De l'obésité* (1881). — *Déviations latérales du rachis. Traitement de la scoliose* (*Union méd.* 1882 et broch. in-8 de 16 p.). — *De la trachéotomie* (broch. in-8, 31 p. et *Progrès méd.*, 1882). — *Nombreuses leçons sur la chirurgie des enfants* (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1883). — *Tumeurs malignes de l'enfance* (1883).— *Du traitement du phimosis congénital par la dilatation préputiale* (1883). — *Alimentation par la sonde après la trachéotomie* (1883). — *Diagnostic et traitement des abcès rétro pharyngiens. Observations relatives à l'ostéotomie cunéiforme et littéraire* (1883). — *Traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant* (*Rev. des mal. de l'enf.*, 1884, avril). — *Redressement manuel dans les déviations rachitiques du membre inférieur* (1884). — *Du genu valgus et de l'ostéoclasie* (1884).— *Traitement de l'anévrisme cirsoïde par la cautérisation des flèches de Canquoin* (1884). — *Opérations de l'empyème chez les enfants* (1884). — *Observation d'un spina-bifida* (1884). — *Diagnostic et traitement des diverses formes de la boiterie* (1885). — *De l'ignipuncture dans l'hypertrophie*

des amygdales (1885). — *Du traitement du bec-de-lièvre congénital* (1885). — *Traitement du strabisme* (1886). — *Traitement des végétations de l'ombilic* (1886). — *Des accidents consécutifs à la trachéotomie* (1886). — *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants* (1887). — *De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie* (1887). — *De l'extinction de la diphtérie* (1887). — *De la prophylaxie de la rage* (1888). — *Diagnostic et traitement de la coxalgie* (*Bull. méd.*, 1892, *p.* 883-885). — *L'avenir des coxalgiques* (*Bull. méd.*, 1892, *p.* 897). — *Ostéotomie et ostéoclasie. Craniectomie. Suture osseuse* (*Bull. méd*, 1892, *p.* 1155-1158).

M. de Saint-Germain, praticien très apprécié, et dont les conférences du jeudi furent jadis très suivies à l'hôpital des Enfants-Malades, est l'auteur de deux volumes de leçons cliniques, rédigées par M. le Dr Pierre-J. Mecier. Ce sont : *Chirurgie orthopédique. Thérapeutique des difformités congénitales ou acquises* (1883, Baillière, 650 p. in-8). — *Chirurgie des enfants. Leçons cliniques* (Lauwereyns, 1884, 800 p. in-8).

On lui doit aussi, en collaboration avec son élève, M. Valude, un *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants* (Stheinheil, 1887, 612 p., in-8), et un *Eloge de Dolbeau*, prononcé en 1880 (broch. de 24 p., 1880). Il a fondé, en collaboration avec M. le Dr Cadet de Gassicourt, un journal, la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Esprit très primesautier et très parisien, M. de Saint-Germain, qui laisse un fils aîné, médecin à Paris et ancien interne des hôpitaux, avait gardé toute sa vigueur jusqu'à la mort de son second fils, médecin de marine, qui a succombé l'an dernier pendant l'expédition de Madagascar. Ce malheur, qui l'avait beaucoup frappé, lui avait enlevé toute sa gaieté et sa bonne humeur, demeurées classiques dans le monde médical des hôpitaux. M. B.

M. le Dr Lucien BIART,
Homme de Lettres.

M. le Dr Lucien Biart, dont nous avons déjà annoncé la mort, était né à Versailles en 1828, d'une vieille famille de la bourgeoisie. Sa première jeunesse, son éducation furent celles des enfants heureux, et pendant la durée de ses études que marqua plus d'un succès, rien en lui ne témoigna de cet esprit d'aventure que devait révéler la suite de sa vie.

Possédé déjà de la vocation littéraire, mais victime d'un préjugé qui n'existe plus guère aujourd'hui et qui faisait dire alors que la carrière des lettres n'est pas une carrière, la volonté de ses parents le destinait à la *médecine*. C'est vers ce but qu'il tendait, se promettant d'ailleurs de consacrer à écrire tous les loisirs que lui laisserait la profession qu'il allait embrasser.

En ces circonstances, — il avait alors dix-huit ans, — un ami de sa famille, un Français établi comme médecin à Orizaba, au Mexique, lui écrivit pour l'inviter à venir le rejoindre. Cet ami se faisait vieux. Il avait besoin d'un aide et promettait de lui léguer un jour sa clientèle et la situation qu'il s'était acquise là-bas. Lucien Biart n'hésita pas un instant et partit en 1846. Peu d'années après, ayant brillamment conquis tous ses diplômes devant l'Académie de Médecine de Puebla, il succédait à son vieux maître, et, fixé à Orizaba, il épousait une Française, qui a été jusqu'au jour relativement récent où il eut la douleur de la perdre, sa compagne dévouée et fidèle dans l'épreuve comme dans la joie.

Alors commença l'existence laborieuse que, durant près de vingt ans, il a menée au Mexique. Dans sa nouvelle patrie, une patrie qu'il considéra toujours comme provisoire, car il gardait l'espoir de rentrer bientôt dans l'autre, sa grande, sa vraie patrie — il s'était promptement fait aimer. Généreux, désintéressé, compatissant à la souffrance humaine, il provoquait, rien qu'en se montrant, l'affection, la confiance, l'estime et son incessante sollicitude pour ceux qui recouraient à sa science lui attachait indissolublement leur cœur et lui assurait leur reconnaissance.

D'autre part, saisi d'une *ardente soif d'exploration et de découvertes*, il profitait de tous les instants de liberté que lui laissait sa profession pour entreprendre des excursions dans des pays alors inexplorés qui s'offraient à sa curiosité. Sans autre escorte que celle d'un Indien, il partait à cheval, se lançait à l'aventure, récoltant en chemin les innombrables spécimens de la *flore tropicale*, ces merveilleuses *collections d'oiseaux*, dont il a enrichi le *Muséum d'histoire naturelle de Paris* et qui y perpétueront son nom, ou même ces débris des *vieilles civilisations* qu'il a rapportés du Mexique et dont il était d'autant plus fier qu'il les avait trouvés lui-même sous les ruines des antiques monuments qui rappellent encore un légendaire et mystérieux passé. C'est alors qu'il connut les émotions des grandes courses à travers les solitudes immenses et celles des nuits passées au bivouac, dans l'ombre des forêts vierges; ou sous quelque hutte d'Indiens, émotions que nul ne pouvait ressentir plus vivement que lui et dont on retrouve la trace dans ses nombreux écrits que lui ont inspirés ses voyages à travers l'Amérique.

En même temps, il poursuivait une tâche plus purement scientifique, vulgarisant la science sous toutes les formes et témoignant d'un assez grand savoir pour que MM. de Quatrefages et Hamy, quand ils fondèrent leur Bibliothèque d'ethnologie, qui fait autorité aujourd'hui, vinssent lui demander d'écrire pour cette belle collection une *Histoire des Aztèques*.

Lucien Biart écrivit ce livre, et là il donna sa mesure comme savant. Entre temps, il se livrait à des essais littéraires, les envoyait en France, comme une carte de visite.

Lorsque le gouvernement impérial, à la fin de 1861, décida l'expédition du Mexique, Lucien Biart, ardent patriote, en accepta la nouvelle avec enthousiasme. A la distance où il était des Tuileries, il ne pouvait connaître les mobiles de cette expédition!... (*Temps*). Ernest Daudet.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 21 au samedi 27 mars 1897, les naissances ont été au nombre de 1.165, se décomposant ainsi: Sexe *masculin* : légitimes. 439, illégitimes, 150. Total, 589. — *Sexe féminin* : légitimes, 404 ; illégitimes, 163. Total, 567.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 ; 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 au samedi 27 mars 1897, les décès ont été au nombre de 982, savoir : 568 hommes et 414 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 2, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 22, F. 12, T. 34. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 0, T. 1. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 2, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 109, F. 61, T. 166. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 14, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 10, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 30, F. 31, T. 61. — Méningite simple : M. 19, F. 10, T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 24, T. 49. — Paralysie, M. 5, F. 3, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 4, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 38, F. 27, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 7, T. 18. — Bronchite chronique : M. 14, F. 7, T. 21. — Broncho-pneumonie : M. 31, F. 20, T. 51. — Pneumonie : M. 18, F. 25, T. 43. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 12, T. 32. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 11, T. 33. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 1, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 17, F. 13, T. 30. — Sénilité : M. 18, F. 24, T. 42. — Suicides : M. 20, F. 4, T. 24. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres causes de mort : M. 98, F. 73, T. 171. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 0, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 139, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 21. Total : 57. — *Sexe féminin* : légitimes, 47, illégitimes, 15. Total : 67.

École supérieure de pharmacie de Nancy. — M. Klobb, agrégé des écoles supérieures de pharmacie, chargé d'un cours complémentaire de minéralogie et d'hydrologie près l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy, est nommé professeur de pharmacie de la dite école.

Hôpitaux de Paris. — *Anatomie* : *Programme des Cours de la saison d'été*. — 1° *Cours de médecine opératoire*, sous la direction de M. le Dr Quénu, directeur des Travaux scientifiques. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les *Cours de médecine opératoire* commenceront le lundi 26 avril 1897. — 2° *Conférences d'histologie*. Des confé-

reçues sur l'*histologie pathologique* continueront à êtres faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire. MM. les Elèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — N. B. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

Ligue contre l'Alcoolisme. — La séance solennelle de distribution des récompenses de la ligue nationale contre l'Alcoolisme (Société française de tempérance) a eu lieu le dimanche 28 mars, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Dr A. Motet, membre de l'Académie de médecine, dans la salle des Conférences de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Après avoir entendu le discours de M. Motet, le compte rendu annuel du Dr F. Philbert, secrétaire général, une conférence sur l'enseignement anti-alcoolique en France, par M. Marillier; il a été procédé à la distribution des récompenses : 3 médailles d'argent, 21 diplômes d'honneur, 46 diplômes d'associés honoraires, 20 rappels de médailles de bronze, 524 médailles de bronze, 651 témoignages de satisfaction.

Banquet offert a M. Napias. — Les amis et collègues de M. le Dr H. Napias ont décidé de lui offrir un banquet, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine, le vendredi 9 avril, à sept heures et demie du soir, au Grand Hôtel, 12, boulevard des Capucines, sous la présidence de M. le Pr Brouardel. Les adhésions doivent être envoyées dans le plus bref délai à M. le Dr Philbert. — Signé: Drs A.-J. Martin, Philibert Chevallereau, Deschamps. La cotisation au banquet est de 20 fr.

Enseignement Populaire Supérieur. — *Cours d'Hygiène sociale.* — Sujet du cours : L'hygiène et l'alimentation des travailleurs. M. le Dr A.-J. Martin fera la Conférence pratique du 4 avril à neuf heures et demie du matin, à la Clinique nationale ophtalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts, 13, rue Moreau et 28, rue de Charenton. Les cours et les conférences sont publics.

L'antiléthargique le « Karnice » a la Sorbonne. — Le comte Michel de Karnice Karnicki, chambellan de l'empereur de Russie, a fait, dans l'amphithéâtre provisoire de la vieille Sorbonne, une conférence. Il devait parler du « *karnice* », appareil qu'il a inventé. M. le Dr Péan, président d'honneur de la Société d'hygiène, présidait. Il a ouvert la séance en souhaitant quelques mots de bienvenue au comte de Karnice Karnicki et en le présentant au public français. M. le secrétaire perpétuel de la Société a parlé ensuite de la léthargie à travers les âges. Il montre l'importance de l'invention du « karnice ». Le comte de Karnice Karnicki, qui parle, comme beaucoup de ses compatriotes d'ailleurs, notre langue admirablement, a exposé le mécanisme de son appareil. Il termine sa conférence, à diverses reprises fort applaudie, par des expériences faites sur une caisse, qui remplace le cercueil.

La peste aux Indes Anglaises. — La population indigène fait une forte opposition aux mesures d'isolement nécessitées par la peste bubonique. La foule a attaqué et brisé la voiture d'ambulance municipale qui transporte les malades à l'hôpital. La police est arrivée à temps pour empêcher une émeute. Les mahométans ont envoyé une députation demandant que les mesures d'isolement ne s'appliquent pas à eux. — L'épidémie diminue. 691 cas à la date du 8 mars et 571 dans la semaine finissant le 17 du même mois. Tandis que la moyenne des décès du mois de septembre à la fin de février a été dans les cinq dernières années de [illegible], le nombre des décès a été de 130.377 de septembre 1896 à la fin de février 1897.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. Fourny (Henri-Pierre-Auguste), médecin principal de [illegible] classe, chef des salles militaires de l'hospice [illegible]. Fournier (Joseph), docteur en médecine [illegible], délégué cantonal. [illegible] (Joseph), médecin, délégué cantonal [illegible] Faret (François-Armand), docteur [illegible] à Paris. [illegible] Prival, docteur en médecine [illegible] (Haute-Loire), délégué cantonal. Le Dr Gagnel [illegible], médecin de [illegible] de l'école normale [illegible]. Le Dr G[illegible] (Louis-Denis), [illegible] des écoles du IVe arrondissement à Paris. [illegible], docteur en médecine à [illegible] (Var), délégué cantonal [illegible], docteur en médecine à la Fer[illegible], président de la délégation cantonale [illegible], docteur en médecine [illegible]. Gonzer (Pierre-Joseph), pharmacien [illegible] délégué cantonal. Le Dr G[illegible] (Joseph-Armand), [illegible] des écoles à Paris. Hellet (Émile-Prosper-

Etienne), docteur en médecine à Paris. Hervey (Raoul-Eugène-Gustave), médecin adjoint au lycée de Troyes. Hischman (Camille-Henry), médecin inspecteur des écoles à Paris. Huguet (Joseph-Julien-Aristide), médecin-major de deuxième classe, attaché à l'hôpital militaire d'Aumale (Alger). Icard (Jules), pharmacien à Marseille. Imberdis (Antoine-Marie-Joseph), docteur en médecine, délégué cantonal à Ambert (Puy-de-Dôme). Isaac (Alphonse-Philippe-Augustin), docteur en médecine à Paris. Jarry (Henri-Léon), pharmacien à Corbeil (Seine-et-Oise), délégué cantonal. Jay (Raoul), docteur en médecine à Paris. Josephson (Charles), docteur en médecine à Paris. Labat (Jean-Baptiste-Gustave), docteur en médecine, délégué cantonal à Manzac (Dordogne). Lacronique (Raoul-Alexandre), médecin-major de deuxième classe attaché à la direction du service de santé militaire affecté aux Invalides. Lafforgue (Jean-Abel), docteur en médecine, maire et délégué cantonal à la Tresme (Gironde). Lagorce (Gustave-Paul de), médecin inspecteur des écoles à Puteaux (Seine). Lagrange (Jean-Claude), officier de santé à Fleurie (Rhône). Lancelin (Paul), médecin principal des écoles à Paris. Langenhagen (Maurice-Jules-Auguste de), docteur en médecine à Nancy. Lecène (Arthur-Marie-Arsène), docteur en médecine, délégué cantonal au Havre. Léger (Victor), administrateur de l'hospice de Bar-le-Duc. Leguen (Félix-Marie-Louis-Gabriel), docteur en médecine à Paris. Lemos (Lucien), chirurgien-dentiste à Paris. Lépicard (Jules-Antoine-Maurice), docteur en médecine à Pantin (Seine). Lespiau (Charles) secrétaire général des hospices de Toulouse. Liandier (Louis Antoine), docteur en médecine à Paris, professeur à l'Union des femmes de France. Lougnon (Cyr), docteur-médecin, maire de Lignerolles (Allier), délégué cantonal. Mme Magnus (Jeanne-Marie-Salomon), docteur en médecine à Paris. MM. Maguin (Albert), médecin inspecteur des écoles de Château-la-Vallière (Indre-et-Loire), délégué cantonal. Malteste (Emile), docteur en médecine à Ruffec (Charente), délégué cantonal. Mangin-Bocquet (Georges), docteur en médecine à Paris. Marion de Brezillac (Pierre-Marie-Georges), chirurgien-dentiste à Paris. Marque (Antonin), docteur en médecine à Paris. Massin (Jean-Félix-Abel), docteur en médecine, président de la délégation cantonale à Vauconcourt (Haute-Saône). Martinet (A.), docteur en médecine, ancien prosecteur à la Faculté de médecine à Paris. Mavrikos (Platon), docteur en médecine à Paris. Menut (Théodore-Pierre), docteur en médecine à Vernoil-le-Fourrier (Maine-et-Loire), médecin inspecteur des écoles. Mercier (Benoît-Jean-Marie), docteur en médecine à Paris. Mercier (Gustave-Joseph), pharmacien-chimiste à Paris. Métoz (Léon), docteur en médecine, conseiller général de l'Isle-s/Doubs (Doubs), délégué cantonal. Millon (René-Charles), docteur en médecine à Paris. Molière (Paul-Théophile), pharmacien à Constantine, directeur du Tir des élèves du lycée de Constantine. Mossel (Justin-Jean-Emile) docteur en médecine, maire de Trie (Hautes-Pyrénées), conseiller général. Le Dr Moutier (Georges-Edouard-Ernest), médecin de l'École des hautes études commerciales. Ogier, maire de la Verpillière (Isère), docteur en médecine, délégué cantonal. Pech (Emile-Urbain), docteur en médecine à Verrières-le-Buisson (Seine-et-Oise). Pechin (Jean-Joseph-Alphonse), docteur en médecine à Paris. Pélisse (Claude), pharmacien de première classe, trésorier de l'Association lozérienne de Paris. Petit (Jean-Jules-Henry), médecin-major à la garde républicaine à Paris. Philippeau (François-Auguste), docteur en médecine, publiciste à Paris. Piazza (Joseph-Antoine-Noël), médecin au pénitencier agricole de Chiavari (Corse). Poueydebat (Pierre), médecin à Aramits (Basses-Pyrénées), conseiller d'arrondissement. Poulin (Louis-Augustin-Jules), docteur en médecine, adjoint au maire d'Hautot (Seine-Inférieure). Prégent (Charles-Théophile), pharmacien à Rambouillet (Seine-et-Oise), délégué cantonal. Ranurel (Paul-Emile), docteur en médecine, délégué cantonal à Uzès (Gard). Raynaud (Alfred-Désiré), docteur en médecine, président de la délégation cantonale des Essarts (Vendée). Reynaud, docteur en médecine, conseiller général à Aigues-Mortes (Gard). Richard (Antoine), pharmacien à Nice. Riffel (Henri), docteur en médecine [illegible]. Reynès (Paul), officier de santé à Lonta (Haute-Garonne). [illegible] (Pierre-Henri), docteur en médecine, vice-président de [illegible] à Paris. Saint[illegible] (De[illegible]-Marie-A[illegible]), docteur en médecine à Paris. S[illegible] (Emile), docteur [illegible] de Nîmes. [illegible] (P[illegible]-César), docteur en médecine, président de la délégation cantonale à [illegible] (Isère). S[illegible] (Joseph-Sébastien), médecin inspecteur des écoles, délégué cantonal à Saint-Paul (Basses-Alpes). [illegible] (Louis), docteur en médecine à [illegible]. S[illegible] (Louis), docteur en médecine à Saint-[illegible]. [illegible] (Auguste-A[illegible]), pharmacien à C[illegible] [illegible], [illegible] des écoles. F[illegible] (Eugène), [illegible], président de l'[illegible]. Le Dr T[illegible] [illegible]-Auguste, [illegible] à Paris. T[illegible] (L[illegible]-François-[illegible]) [illegible] à Paris. Vas[illegible] (François), médecin inspecteur des écoles.

médecin de l'hôpital des tuberculeux à Villiers-sur-Marne (Seine-et-Oise). Vaudin (Pierre-Lucien), pharmacien à Fécamp. Verneuil (Georges), docteur en médecine à Saint-Amand (Cher), membre de l'Alliance française. Vigroux (Jean-Louis-Léontin), pharmacien, délégué cantonal à Cassagnes-Begonhés (Aveyron). Willemin (Eugène-Paul-Auguste), docteur en médecine à Paris. Wimy (Amable-Joseph-Benjamin), médecin à Pierrepont (Aisne), délégué cantonal. Le Dr Arnaud (de Castres).

Les Rayons de Rœntgen en chirurgie. — Le député de Vollmar, le leader du parti socialiste de l'Allemagne du Sud, souffrait, depuis la guerre de 1870, d'une blessure au pied. Il avait été atteint d'un coup de feu; mais les médecins et chirurgiens n'avaient pu jusqu'ici découvrir la balle, dont la présence avait déterminé, à diverses reprises, des complications assez graves pour mettre, à un certain moment, la vie de M. Vollmar en danger. Grace à l'application des rayons Rœntgen, le Dr Hermes vient d'extraire le projectile.

Société médicale de Londres. — La Société médicale de Londres vient d'élire membre honoraire M. le Pr Félix Guyon.

Un Médecin naufragé. — La *Ville-de-Saint-Nazaire*, coulant bas près des Antilles, a été évacuée lundi 8 mars par son équipage et par ses passagers. Après sept jours de navigation, l'un des canots, qui contenait le Dr Maire, a été recueilli et ramené par une goélette à New-York.

Les Noces d'argent du Pr Esmark. — Récemment les étudiants de l'Université de Kiel ont fait un cortège aux flambeaux en l'honneur des noces d'argent du Pr Esmark, qui fêtait ses noces d'argent avec la princesse Henriette de Sleswig-Holstein-Sonderbourg-Augustenbourg. On sait que par ce mariage le Pr Esmark se trouve être l'oncle par alliance de l'empereur Guillaume II. La princesse Henriette, seconde fille du duc Christian, est, en effet, tante de la princesse Augusta-Victoria, devenue impératrice d'Allemagne et reine de Prusse. (*France médicale*).

Un nouveau moyen d'avoir une consultation gratuite. — Une dame de New-York, fort riche (un demi-million de dollars au moins), mais fort avare, craignait d'avoir le mal de Bright. Si elle en eût été sûre, elle eût réclamé les soins d'un médecin, mais elle était arrêtée par les frais entraînés par une analyse urinaire. Elle songea d'abord à une polyclinique; mais elle risquait d'être insuffisamment examinée à son gré. Une idée bien simple lui vint alors : elle fit à une Compagnie d'assurances une proposition pour une somme considérable. Deux médecins vinrent chez elle et firent un examen approfondi. Quelques jours après, elle recevait une note de la Compagnie, disant que le rapport médical ayant été favorable, on pouvait donner suite à sa proposition. Rassurée sur sa santé, notre millionnaire répondit simplement qu'elle avait changé d'avis (*Lyon méd.*).

L'Ancien Hôpital de la Trinité. — M. Baudin, à l'inauguration de la rue Réaumur, a raconté comment le premier percement de cette rue a nécessité, à son début, la démolition de l'*Hôpital de la Trinité*. Cet etablissement de bienfaisance, qui fut aussi une auberge et même, pendant quelques années, un théâtre, où débutèrent les confrères de la Passion et les Enfants Sans-Soucis, se transforma, au XVIe siècle, en un orphelinat réservé *aux enfants naiz en loyal mariage*. De même que l'enceinte du prieuré de Saint-Martin, l'enclos de la Trinité était lieu d'asile aux artisans qui désiraient travailler librement, et les religieux leur imposaient de prendre les orphelins comme apprentis. Ces enfants étaient uniformément vêtus de bleu; aussi les appelait-on les « bleus ». Le mot est resté.

Nécrologie. — M. le Dr Collignon (de Saint-Mihiel). — M. le Dr Marbaix (de Louvain). — M. le Dr Bossu (Antonin), ancien directeur de l'*Abeille médicale*, décédé à l'âge de 89 ans. — M. le Dr Foderé, médecin honoraire du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'age de 81 ans.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Doléris : obstétrique et la gynécologie, mardi et vendredis, à 10 heures. — M. le Dr Georges Thibierge : *leçons cliniques sur les maladies de la peau*, le vendredi à 10 h. 1/2. Le mercredi et le samedi, à 9 h., consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques. — M. le Dr Babinski : conférences cliniques sur les *maladies du système nerveux*, samedis à 10 heures du matin.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Hallopeau, dimanche. à 9 h. 1/2 (salle des conférences). — M. le Dr Du Castel, le samedi, à 1 h. 1/2, consultation externe. Après la consultation, conférence clinique dans la salle des conférences.

Asile clinique. — *Conférence sur les causes de la folie.* — M. le Dr Toulouse, mercredi et samedi. à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Maternité. — M. le Dr P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, 119, boulevard de Port-Royal, commencera ses leçons de clinique obstétricale le samedi 4 avril, à 3 heures et demie du soir, et les continuera les samedis suivants à la même heure. A 3 heures et demie : Présentation des malades. A 4 heures et demie : leçon clinique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille.

Brouardel (P.). — La pendaison, la strangulation, la suffocation, la submersion. Volume in-8 de VIII-584 pages, avec 43 figures et 3 planches. Prix. . . . . 12 fr.

Guyon (F.). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, professées à l'hôpital Necker (séméiologie, diagnostic, pathologie et thérapeutique générales). Tome III. Volume in-8 de 655 pages.

Librairie RUEFF et Cie,
106, Boulevard St-Germain.

Renaut (J.). — Traité d'histologie pratique. Tome II (fasc. 1er) : Les épithéliums; l'ectoderme tégumentaire. — Volume in-8 de 605 p., avec 248 figures. Prix . . . . 16 fr.

Librairie VIGOT frères,
10, rue Monsieur-le-Prince.

Folmalhaut. — Manuel d'astrologie sphérique et judiciaire. Volume in-8 de 332 pages. Prix. . . . . 7 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, succr, rue de Rennes, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 15. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 10 AVRIL 1897.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur la conservation des pièces anatomiques et histologiques par le procédé de M. Melnikoff;

par M. A. PILLIET,
Conservateur du Musée Dupuytren.

M. le Dr Melnikoff a fait présenter à la Société de Biologie par notre honoré collègue, M. Magnan, des cerveaux conservés par son procédé ; d'autre part, il nous a chargé de présenter à la Société anatomique des pièces pathologiques, rate de typhus en particulier, dont l'examen histologique nous a montré l'état très satisfaisant de conservation au point de vue des tissus et des microbes. Son ami, M. le Dr Strelzoff, a bien voulu compléter ses renseignements, et. suivant son conseil, nous avons essayé la nouvelle méthode au laboratoire du Musée Dupuytren.

Les résultats nous ont toujours paru très bons, curieux à étudier, et différant des résultats obtenus avec les fixateurs ordinaires. Mais un certain nombre de nos amis n'ont pas retrouvé le même succès, peut-être à cause d'erreurs de détails ; et cela nous a décidé a publier la technique que nous faisons employer aux laboratoires du Musée Dupuytren ou de l'hôpital de la Charité (service de M. le Pr Tillaux), telle qu'elle nous a été donnée par M. le Dr Strelzoff.

Ce procédé est tellement facile à appliquer, que nous en laissons en général l'application aux garçons de laboratoire, qui savent très bien, après une première leçon, se retrouver dans leurs préparations. Il faut les surveiller à ce point de vue et les pénétrer de cette idée que la formaline doit agir *par ses vapeurs*. Sans cela, on observe des pièces baignées dans la formaline, durcies et ratatinées, faisant mal aux yeux et au nez de qui les regarde. Pour éviter cet inconvénient, on en vient à étendre d'eau la formaline, à la diluer, et le résultat est alors mauvais au point de vue de la conservation de la pièce. Il ne faut pas de fantaisie dans ces matières et l'on ne peut juger un procédé quand on ne l'a pas employé jusque dans ses dernières minuties, même celles qui paraissent inutiles ou nuisibles.

Si l'on avait dit aux histologistes que les vapeurs de formaline doivent agir sur des fragments étendus de tissu, tels qu'un hémisphère cérébral, comme agissent sur des parties infiniment moindres les vapeurs d'acide osmique, ils se seraient rendus compte de l'excellence du nouveau procédé, que nous avons expérimenté sur une série de pièces pathologiques du laboratoire de clinique chirurgicale de M. le Pr Tillaux à la Charité, et qui est maintenant d'usage courant au laboratoire du Musée Dupuytren, dont le garçon, M. Lépine, s'est mis très vite au courant de cette nouvelle préparation.

Les pièces, cœur d'adulte, cœur de fœtus, rate, etc., que je présente ont été en effet préparées par lui sous notre surveillance, et nous insistons sur ce fait pour montrer combien la nouvelle méthode est pratique et facile à appliquer.

Technique. — Les pièces ne doivent pas être lavées et définitivement arrangées lors de l'inclusion dans la formaline.

Les parties que l'on veut conserver ne doivent pas être en contact immédiat avec la formaline. Ordinairement, la pièce se pose dans un bocal, sur une couche de ouate bien mouillée dans l'eau et bien tordue cette couche varie d'épaisseur selon le cas et sert à caler la pièce, à lui donner la position voulue. La ouate est ensuite imbibée de formaline.

Les parties en contact immédiat avec la formaline ne donnent pas la conservation voulue, ce ne sont que les parties les plus éloignées qui subissent les transformations désirées.

1° L'inclusion à la formaline dure au moins vingt-quatre heures ; la quantité varie selon la grandeur de la pièce. Exemples : de 150 à 200 grammes de formaline chimiquement pure et non diluée pour la moitié du cerveau, de 20-50-75 à 100 pour les petites pièces. Il est rare d'employer plus de 300 cent. cubes. Règle à suivre : la couche de ouate doit être bien mouillée par la formaline et le liquide doit de peu dépasser la surface inférieure de la pièce.

2° De la formaline, la pièce se transporte dans l'alcool à 95 0/0, où elle séjourne de six à huit heures.

3° De là, dans une solution glycérino-aqueuse :

Eau distillée.	100 grammes.
Glycérine.	60 —
Acétate de potassium.	30 —

Dans cette dernière solution, la pièce peut rester pour toujours (1).

La formaline augmente la densité de la pièce; l'alcool diminue le volume ; il faut prendre en considération ces faits pendant la conservation et savoir que la troisième solution rend à la pièce sa forme et son volume intacts.

Dans la formaline, la coloration première de la pièce se perd ; dans l'alcool, la coloration primitive se révèle plus ou moins bien ; les artérioles semblent injectées ; dans la solution d'acétate de potasse, la coloration première se fixe définitivement.

Inclusion dans la gélatine. — On obtient de très bons résultats par l'inclusion dans la gélatine des pièces rares ayant été préparées dans les trois premiers liquides. 100 grammes de gélatine dilués dans 600 centim. cubes d'eau que l'on fait bouillir très longtemps. On ajoute à la gélatine chaude 350 centim. cubes de solution d'acétate de potassium à 1 pour 2; on filtre dans un double filtre suédois et on ajoute à la solution 700 centim. cubes de glycérine. Cette solution doit se verser très doucement pour éviter qu'il ne se forme des globules, et dans des bocaux ayant un trou à leur base pour permettre l'évacuation de l'eau.

Conclusions. — Cette méthode est un peu coûteuse, mais parfaite pour conserver l'aspect et le coloris d'une pièce. Elle la durcit seulement. Par les réactifs ordinaires : carmin, hématoxyline, thionine, éosine, etc., on peut reconnaître les tissus fixés. La réaction persistante, quoique affaiblie, de l'éosine sur les globules rouges, nous a surtout frappé dans un cas de varices de la veine saphène interne opérées par M. le Pr Tillaux et fixées immédiatement après l'ablation.

Cette conservation de l'hémoglobine présente même certains inconvénients apparents, dont il faut être prévenu. Le sang, quand les pièces n'ont pas été lavées au préalable, est fixé en masse, et sur les coupes les globules rouges peuvent complètement masquer l'ensemble de la préparation, cela d'autant plus que la pièce, en devenant rigide, subit toujours un léger retrait ; ce qui, la masse de substance colorée ne bougeant pas, la fait paraître plus foncée en couleur, à l'inverse de tous les autres réactifs conservateurs.

(1) La formaline qui a servi à la preparation des pièces donnees au Musée Dupuytren provenait de la fabrique : Formals Meister Lucins und Bruning zu Hochst (près Francfort-sur-le-Mein).

Les inconvénients sont de deux ordres : d'abord le prix ; mais il est peu élevé quand on ne conserve que des pièces qui en valent la peine. Ensuite, les accidents dus à la mauvaise préparation. La formaline dégage des vapeurs qui piquent desagréablement les yeux et irritent les doigts. Pour des pièces de collection, mises en bocal, ces inconvénients n existent pas. Ils rentrent dans les risques professionnels des chefs de service ou employés. Les autres accidents sont dus à un emploi irrégulier de la méthode, car, ainsi que nous l'avons montré dans des recherches expérimentales antérieures, le formol est peu toxique.

D'autre part, il faut faire entrer en ligne de compte l'économie considérable de temps réalisée. Au lieu de laisser dégorger des pièces pendant quelques mois, on peut les préparer en moins d'une semaine et les mettre définitivement en vitrine. On évite ainsi l'amas des pièces, l'encombrement des laboratoires et les mauvaises conditions hygiéniques qui en résultent.

CLINIQUE MEDICALE

Quelques réflexions sur la fièvre frénétique ou maniaque pernicieuse d'origine paludéenne;

par les Drs **Jean P. KARDAMATIS** et **Spiridion Jean KANELLIS** (d'Athènes).

Dans cet exposé, nous ne prétendons pas décrire la fièvre paludéenne pernicieuse, frénétique ou maniaque, mais simplement énoncer quelques réflexions sur les caractères de quelques cas, exposés ailleurs par quelques confrères, comme les fièvres pernicieuses frénétiques, qui ont, comme on le sait, pour principal symptôme, l'exaltation maniaque.

Mad... K..., mariée ; âgée de 35 ans ; de parents dont le père était atteint de maladie mentale provenant d'une chute (nous ignorons l'hérédité et les diathèses des parents) et la mère souffrait de rhumatismes articulaires chroniques ; habitant un pays marécageux, appartenant à une bonne famille ; bonne ménagère, vivant en paix et en tranquillité avec ses voisins, cependant névropathe et stérile.

Au mois d'août 1892, elle eut un petit accès de fièvre intermittente, et deux jours après et cinq après ses règles, elle alla faire une visite de condoléance dans une famille en deuil pendant laquelle, émue et troublée, elle ressentit le deuxième frisson fiévreux, accompagné d'une douleur gastrique. Pendant cet accès de fièvre, elle prit une boisson chaude et chercha un repos absolu. Une heure après le frisson, elle devint toute rouge et un saignement de nez suivit. Dans une situation si désespérée, ayant été appelé, nous avons trouvé une fièvre de 40°, un pouls plein et agité, insensibilité, perte de conscience ; elle disait des mots sans suite ; la moitié droite du corps légèrement paralysée, et une insensibilité aux piqûres d'aiguille par tout le corps ; une forte hypérémie à la tête, avec dilatation des pupilles et une légère réaction à la lumière.

En présence d'un pareil état, nous avons ordonné de mettre des sangsues derrière les oreilles, des compresses d'eau froide sur la tête, sinapismes souvent renouvelés, des lavements, du calomel et une injection sous-cutanée de quinine hydrochlorique. Un peu après l'injection, on a remarqué du délire avec paroles et gestes, comme si la malade se trouvait transportée dans un monde fantastique, des rires et une parfaite insensibilité pour tout ce qui se trouvait sur elle et autour d'elle. Elle se [illegible] sur son lit d'une manière maniaque, avec des [illegible] ou plutôt des secousses de ses membres. Les in[illegible], l'exaltation et la [illegible], et en général, tous les phénomènes cliniques ainsi qu'une [illegible] dilatation de la [illegible] la fièvre frénétique, rare d'ailleurs. Plusieurs médecins appelés en consultation, MM. K... et M..., d'un commun accord, diagnostiquèrent une fièvre frénétique et [illegible] la forme d'injections sous-cutanées. Cependant, huit heures après le premier frisson, l'état de la malade s'améliora ; elle commença peu à peu à reprendre ses sens et 18 heures après toutes les fonctions du corps avaient repris leur cours naturel. Cette amélioration était accompagnée de sueurs abondantes et en même temps, comme il fallait s'y attendre, d'une grande perte de forces et d'une prostration de tout l'organisme.

Réflexions. — Remontant aux antécédents de cette malade, nous nous trouvons en présence d'une affection utérine, cause de tant de névroses. Notre malade souffrait de la matrice, ce qui la rendait stérile ; cette stérilité provenait d'une affection de l'endomètre, qui, comme on sait, est souvent une cause médiate des névroses d'origine réflexe. D'autre part, la menstruation, soit avant, soit après, peut provoquer des psychoses périodiques. Notre malade avait de la congestion cérébrale provenant plutôt de la psychose (de laquelle nous avons bien souvent remarqué une légère augmentation de la température, sueurs abondantes, pouls fréquent, etc.) que du miasme paludéen, qui, pourtant, n'a pas été confirmé par un examen authentique au microscope, mais simplement par l'apparition de la fièvre intermittente précédente et d'une légère tuméfaction de la rate, par le pays marécageux habité par la malade et enfin par la manière dont le mal est venu et est parti.

La menstruation devient souvent, comme c'est connu chez les névropathes, la cause de l'aggravation des psychoses hystériques. Ces délires périodiques ont leur origine dans ce travail physiologique, comme l'état maniaque remittent et les formes aiguës du délire systématique reviennent ordinairement pendant le temps de ce fonctionnement physiologique. Donc cette fièvre paludéenne intermittente, venue sous forme d'une fièvre pernicieuse frénétique ou maniaque, n'était rien autre qu'une simple fièvre intermittente, qui a servi comme cause principale du délire survenu pendant la menstruation.

Avant de qualifier une fièvre comme frénétique pernicieuse, nous pensons qu'il faut d'abord bien examiner l'état de la malade, tant au point de vue individuel qu'héréditaire, et nous osons presque affirmer qu'il doit toujours se trouver une cause cachée permettant d'établir le point de départ des explications de ces phénomènes extraordinaires. Il est reconnu, non pas depuis aujourd'hui, mais depuis longtemps, que l'hystérie existe aussi dans le sexe masculin (1) ; les phénomènes cliniques de cette maladie, du plus léger au plus grave, ne doivent donc pas être laissés sans examen.

L'infection paludéenne agissant sur le sang l'affaiblit et amène une anémie très forte dans l'organisme et peut le rendre plus facilement accessible à cette névrose, comme tant d'autres causes débilitantes, surtout lorsqu'il existe une prédisposition héréditaire, quoique souvent dans le passé du malade on ne puisse rien noter de l'hystérie digne de signification, soit au point de vue individuel, soit au point de vue d'hérédité. Grasset, dans les causes de l'hystérie, n'hésite pas à y mettre l'infection paludéenne ; on peut y ajouter l'infection grippale qui doit entrer en ligne de compte

(1) Briquet en 1859 sur 1.000 [illegible] atteintes d'hy[illegible] a remarqué 50 hommes atteints de cette maladie [illegible] pour un homme hystérique, [illegible] femmes atteintes de [illegible] maladie. Schenk, B[illegible], Bourneville, Charcot, [illegible] Aragnière. Debove [illegible] d'autres médecins [illegible] démontré que l'hystérie est plus fréquente chez [illegible] ne le croit communément. [illegible] M[illegible] [illegible] un cas d'hystérie chez [illegible] droite du corps.

dans l'examen d'un malade). Dans une brochure publiée par notre compatriote, M. Pharmacopoulo (*Journal médical de l'Armée*, avril 1892) concernant l'hystérie des soldats, il a remarqué que le commencement des troubles nerveux se manifestait chez son malade accompagné de cachexie paludéenne; les symptômes les plus sérieux ne paraissaient que lorsque la cachexie avait atteint son apogée, l'amoindrissement et la disparition totale de ces troubles coïncidait avec la diminution de la cachexie paludéenne.

Récemment M. le Dr P. Clément (de Montpellier), dans une thèse présentée à la Faculté de médecine, a démontré par sept observations d'une façon péremptoire que l'infection paludéenne est une cause suffisante, bien souvent, pour amener l'hystérie.

N'oublions pas que dans ceux qui sont atteints de cette névrose, soit légèrement, soit gravement, il arrive un moment, dans le cours de la maladie, pendant lequel le malade est en proie à un délire bruyant et maniaque et à des illusions. Le paroxysme du délire peut cependant se manifester, sans qu'on soit atteint d'accès hystérique; il ressemble à celui qui se produit dans la méningite (Bernutz); le plus souvent le délire disparait promptement; mais quelquefois aussi il se termine par phrénopathie ou par une folie complète.

OBSERVATION.

La petite E. R..., enfant de 12 ans, souffrant de fièvres intermittentes chroniques, cause de son teint d'apparence terreuse et du gonflement de la rate. Le 12 juin 1892, elle eut un accès ordinaire de fièvre intermittente, pendant lequel elle ressentit, à son dire, une forte céphalalgie. Sa tante, dans la maison de laquelle elle était en qualité de fille adoptive, ayant cédé aux sollicitations de vieilles femmes qui lui avaient conseillé de mettre une petite compresse imbibée d'opium sur le front de la petite fille pour calmer les douleurs de tête, avait cédé à ce triste conseil.

D'un côté, les chaleurs de l'été et la température naturelle de l'enfant amenèrent une absorption d'opium causée par les compresses d'opium ou plutôt de laudanum de Sydenham appliquées sur le front de l'enfant; d'où il en résulta, qu'en même temps que la fièvre intermittente se sont montrés naturellement les phénomènes delétères de l'opium. Pendant que la petite malade avait son accès, elle se levait de son lit d'une manière maniaque, hors d'elle, déchirant ses vêtements, s'arrachant les cheveux, en proie à des cauchemars et faisant des gestes saccadés. Elle tomba ensuite dans une torpeur profonde, pendant laquelle elle dormit profondément, en ronflant bruyamment.

Malheureusement, au diagnostic d'une fièvre pernicieuse frénétique a contribué le tableau clinique général de la malade, c'est-à-dire l'infection paludéenne chronique, avec la dilatation énorme de la rate, la température de 40°,8, le pouls petit et fréquent, les cauchemars, etc. L'enivrement par l'opium, accompagné du paroxysme de la fièvre intermittente, n'avait pas pris la forme connue d'un léger empoisonnement par l'opium, mais la forme d'un empoisonnement extraordinaire grave, et peu s'en est fallu, que la petite y succombât, convaincu que nous étions qu'il ne pouvait s'agir que d'une fièvre maniaque ou frénétique pernicieuse, si, poussé par un sentiment de curiosité qui nous est habituel en pareil cas, nous n'avions examiné minutieusement ce qui était sur la malade et autour d'elle, ce qui nous fit découvrir un narcotique, sous forme de teinture sur compresses sur la tête ou plutôt sur le front de la malade et que les vieilles femmes avaient soigneusement caché, de peur du médecin.

Nous avons cru de notre devoir de publier ce cas vraiment unique, parce, que dans presque toutes les parties de la Grèce, sinon partout, l'usage de l'opium y est très répandu, car on le considère comme la panacée universelle contre toutes les maladies; les vieilles femmes surtout font usage de ce médicament pour l'enfance dans les dyspepsies, pour les inflammations de toutes espèces et tout âge, par exemple les érysipèles, rhumatismes, tumeurs, etc.

Et cette mesure analgésique toute accidentelle contre le mal de tête amena, à cause de la grande commotion du centre nerveux, un résultat thérapeutique des plus curieux, attendu que la petite malade, depuis lors, se conserva pendant une année saine, exempte de l'infection paludéenne. Elle fut délivrée d'une manière singulière de cette infection paludéenne chronique, dont elle avait été la victime durant des années entières, quoiqu'elle demeurât sous les mêmes conditions climatériques et diététiques.

Des toxines et des exaltations encéphaliques sous forme de manies.

Aujourd'hui, à cause du grand mouvement scientifique sur les maladies mentales, il résulte que la recherche assidue a couronné les théories qui ont pour base des symptômes pathologiques, les changements chimiques qui ont lieu dans la substance nerveuse ou les altérations anatomiques recherchées autrefois par les organismes souffrants. Les processus physiologiques, comme la menstruation, la grossesse et autres, qui ne causent aucune altération anatomique, suffisent comme causes médiates et contribuent au développement d'une maladie mentale; tandis que, d'autre part, le développement de diverses maladies infectieuses pendant leurs fonctions physiologiques, agissant toxiquement sur le centre nerveux et l'empoisonnant, peuvent reproduire l'image complète d'une maladie mentale, comme on voit fréquemment dans la fièvre typhoïde.

Les toxines qui tiennent aujourd'hui la première place dans la pathologie du système nerveux qui se voit plus ou moins attaqué par celles-là, relativement à l'hérédité, au sol, à l'état de l'organisme, à la diathèse, au chimisme, au tempérament, à la constitution, à l'âge, à l'état des systèmes nerveux, génital, urinaire, digestif, pulmonaire, moteur et autres, peuvent aider le sérum du sang, à créer l'altération locale ou à conserver l'infection générale; et, pour qu'une infection attaque un système quelconque de l'organisme, il faut, avant tout, que d'autres produits aient préparé le terrain, précisément comme la théorie de Charcot sur l'hérédité des maladies névropathiques l'enseigne.

Les toxines étant le sujet principal de notre étude, nous ne pouvons qu'avoir en vue les influences extérieures, c'est à-dire les causes relatives au changement des chimismes et, en particulier, celles des toxines microbiques. Personne ne peut nier l'action toxique des produits des microbes sur l'organisme. La fièvre typhoïde en particulier joue un grand rôle sur ces exaltations nosologiques de l'encéphale, qui ne proviennent pas d'altération organique ou anatomique, mais simplement du changement des chimismes d'origine microbique.

Chaque organisme réagit contre les toxines et son action se fait d'une manière analogue aux éléments dynamiques appartenant à son individualité, soit personnellement soit par hérédité. Nous pouvons rapporter plusieurs exemples d'exaltations encéphaliques sous forme maniaque, empruntés à la fièvre typhoïde et surtout à des femmes enceintes; en voici quelques-uns d'historiques, cités au *Premier Congrès des Médecins grecs* (Synode des médecins grecs, 1882. Exposé du Dr Papazissis et d'autres plus caractéristiques de notre clien-

*

tèle, autant de l'avant dernière épidémie de fièvre typhoïde que d'une autre précédente.

OBSERVATION.

F. R..., un enfant de dix ans, fut saisi le 23 janvier de l'année dernière, d'un frisson suivi de fièvre, vomissements et mal de tête; cet état s'aggravait de jour en jour accompagné de saignements de nez répétés deux fois, de délires, de surdité légère et d'insomnie. Le matin du sixième jour, nous fûmes appelé à visiter le malade dont voici l'état; son visage présentait les traits de l'impassibilité typhoïde, il n'avait plus conscience des choses extérieures; il s'embarrassait aux questions qu'on lui adressait et n'y répondait nullement. Ajoutons à cela des délires accompagnés de rires, une soif terrible, langue sèche, une diarrhée séreuse, un ventre ballonné et des vomissements. Au thorax, une légère hypérémie des poumons. Gonflement léger de la rate et ventre sensible à la pression, surtout à la région iliaque. Température 36°. Pouls 126. Le malade n'avait pris aucun remède; pas un grain de quinine, nous avons fait deux préparations pour un examen microscopique du sang pris du bout du petit doigt de la main. On lui a fait ensuite des injections de caféine, d'éther et de quinine, dans le but de réveiller et de fortifier le cœur. Six heures après notre première visite, nous fûmes appelé en toute hâte près du lit du malade. Quel tableau se présenta alors à nos yeux!! Des cris ou plutôt des clameurs, des prêtres exorcisant, de vieilles femmes faisant le signe de la croix et tout ce monde se pressant pêle-mêle autour du malade et formant une masse confuse. On tâchait de calmer le possédé qui comme un furieux s'agitait violemment, se levait brusquement de son lit pour se jeter dehors, poussant et poussé par cet entourage tumultueux. Pour calmer cette exaltation désespérée et violente, nous fûmes obligé d'ordonner des lavements de chloral et, dès que le malade eut repris son calme, nous nous mîmes à l'examiner. Tempér. 35°; le pouls était petit, faible et filiforme, comme dans les fièvres pernicieuses algides; les pulsations étaient difficiles à compter; déjection et urine involontaire; la rate légèrement gonflée en arrière, les pupilles réagissant physiologiquement; la respiration un peu gênée. Nous avons fait alternativement des injections de caféine et d'éther sulfurique et nous avons ordonné des boissons chaudes avec cognac vieux, des compresses chaudes par tout le corps, des frictions sèches, des sinapismes et des lavements chauds de sel ordinaire en solution. Le lendemain, la température monta à 36°; pouls, 140°. Le malade a vomi deux fois; la disposition générale était la même et par conséquent les mêmes soins thérapeutiques furent appliqués. Le surlendemain, la fièvre montait à 35°,4 et le soir monta à 36°,5. Après ce tableau clinique continué ensuite pendant huit jours avec intensité moindre des manifestations cliniques, le malade a recouvré la santé; mais il était fortement abattu par cette exaltation cérébrale qui a ressemblé fort à la fièvre typhoïde, à une fièvre pernicieuse, frénétique ou maniaque ou à une fièvre pernicieuse algide. Le diagnostic différentiel s'appuya plutôt sur l'épidémie courante de la fièvre typhoïde.

Néanmoins pour l'entier éclaircissement scientifique et pour un diagnostic infaillible de ce cas, nous avons, avant l'usage d'aucun médicament, employé des préparations microscopiques qui, bien que préparées selon toutes les règles de l'art et de la science, n'ont pas démontré autre chose que la destruction des globules rouges du sang, d'après ce qui a été constaté dans le laboratoire microbiologique de notre excellent ami et confrère, M. Panagiotis Pampoukis.

OBSERVATION.

Nous avons à citer un événement de la même nature sur un cas de fièvre typhoïde tiré, croit-on, de l'usage des remèdes antipyrétiques ou de pure coïncidence, ayant eu lieu dans notre clinique il y a 4 ans et que nous empruntons à nos notes.

E. G. K..., fillette de 12 ans, fut atteinte au mois de mars 1892, de la fièvre typhoïde, qui la rendit malade pendant 6 semaines. La troisième semaine alors que la fièvre était le plus intense, sans courbe, ceux qui entouraient la malade s'inquiétaient de voir l'augmentation du mouvement fébrile: pour abattre cette agitation continuelle, nous nous efforçâmes de recourir aux remèdes antifiévreux, la phénacétine en premier lieu, en ayant donné 6 grains en 4 paquets, un pour chaque heure. Un brusque abaissement de la température jusqu'à 35° s'est opéré après le dernier paquet, pouls 150, avec un grand abattement des forces, exaltation cérébrale très forte; et la petite malade délirant pendant deux jours, déchirant ses couvertures, son linge, insultant, riant, se mouvant brusquement, regardant avec colère, et tâtant autour d'elle, offrait l'aspect d'un maniaque.

Etat actuel. — Du côté du thorax, les phénomènes bronchiques habituels; pour le ventre, diarrhée, la rate est augmentée de volume; les pupilles réagissent physiologiquement; néanmoins elle ne voit pas du tout de l'œil gauche, tandis que l'œil droit conserve à peine la sensation de la vue. Observations ophtalmoscopiques non faites; point de signes d'hystérie, attendu qu'aucun signe de sensibilité extrême ou d'anesthésie ou de paralysie ne s'était manifesté, au contraire, une anesthésie complète et générale.

L'état de l'exaltation encéphalique et de l'abattement fiévreux dura trois jours, après lesquels le tableau clinique changea, la fièvre s'étant élevée 8 10 de son mouvement précédent qui était 40°. Cette diminution de la sensibilité optique a duré un mois environ, pendant lequel la lumière se fortifiait ou s'affaiblissait alternativement.

De l'influence des médicaments antipyrétiques.

Ayant pris occasion de cette dernière observation, nous nous empressons de dire brièvement notre opinion sur l'emploi des médicaments antipyrétiques dans les maladies infectieuses aiguës, étant d'avis que, excepté les sels de quinine, toutes les autres substances antipyrétiques nuisent aux antitoxines dont elles arrêtent le développement. Cet obstacle au développement a pour cause l'addition des substances propres à réprimer l'action des microbes et surtout le temps où ceux-ci sont capables de produire les antitoxines. Favoriser ainsi l'influence des gonidies, c'est en faciliter la propagation et rendre plus active la force toxique par le surcroit de la force virulente qui rend l'infection plus intense.

La signification de la réaction antipyrétique dans l'organisme se base sur une théorie plus ancienne, d'après laquelle la fièvre opère sur le développement des gonidies une influence salutaire pour l'organisme, par la diminution de l'action des virus avec l'aide de la chaleur.

La fièvre est un élément de la maladie, provenant de la lésion réelle de certains organes et d'accumulations cellulaires d'après Cantani. Elle est donc une réaction générale du corps entier contre les altérations que subit, du facteur maladif, le changement nutritif et l'état du sang. Dans la plupart des cas, le malade tient ferme contre l'attaque et se déclare vainqueur quand l'agitation fébrile augmente, et encore pour les cas où l'élévation excessive de la température est nuisible à l'organisme, par l'accumulation des sécrétions ou les produits de la décomposition et de l'affaiblissement de l'action du muscle du cœur. Aussi, nous pensons, qu'au lieu des médicaments antipyrétiques, se recommande l'usage des moyens hydrothérapeutiques, qui, sans diminuer la production de la chaleur, n'altèrent pas les causes productrices de celle-ci, indispensables pour fortifier la réaction organique. Nous sommes donc d'avis de ne point interrompre la marche du mouvement fébrile, en employant des médicaments contre la fièvre (excepté les sels de quinine) qui, dès le commencement, affaiblissent la source de la force thermogène. Toutes ces causes, nous l'avouons nous-mêmes avec Charrin, affaiblissent l'individu en diminuant sa résistance et en

augmentant l'intensité de l'infection. Dans le charbon, par exemple, la forte réaction phlegmoneuse de la part de l'organisme est considérée comme d'un excellent pronostic et, contrairement, l'absence de fièvre est de très mauvais augure.

L'avant-dernière année, pendant une épidémie de pneumonie, avant la déclaration du caractère épidémique et après un petit nombre de cas, alors que la nature contagieuse de la maladie n'était pas encore connue et que les cas étaient assez rares, on les attribuait plutôt à la saison froide de l'hiver et aux changements atmosphériques. Pour les trois premiers cas, sur des personnes pléthoriques, nous avons appliqué le traitement ordinaire, antiphlogistique (des ventouses scarifiées), tout en donnant des médicaments antipyrétiques; nous avons eu la mauvaise chance de perdre les trois malades, tandis que, pour les derniers cas de la maladie, nous n'avons fait usage d'aucun médicament antipyrétique, sauf la quinine; nous avons eu alors la bonne fortune de sauver la plupart des malades frappés gravement de la pneumonie avec complications intenses.

L'état bactérioctone qui, d'après la théorie du professeur Bouchard, provient lentement du microbe même, est celui qui, précisément, s'arrête par l'emploi de divers remèdes antipyrétiques de la maladie traînant en longueur si les médicaments sont employés à l'intensité de la maladie (état que nous devons respecter), car c'est alors que les antitoxines sécrétées viennent au jour par l'action des humeurs altérées qui ralentissent la propagation des microbes pathogènes et diminuent la force virulente du facteur pathogène.

Excepté les microbes et les toxines, la cellule, qui est le seul ennemi du microbe, doit occuper notre attention et vers cette dernière doivent tendre tous nos efforts, afin de soutenir l'intensité de son action, attendu que par ses mouvements, par ses chimismes et par ses qualités digestives, elle anéantit les fonctions des microbes, tandis qu'en introduisant dans l'organisme des médicaments antipyrétiques la cellule subit l'influence de leur résultat; car ces remèdes, en qualité de substances toxiques, agissent comme éléments toxiques.

Pour nous, d'après l'expérience que nous avons acquise, nous n'avons jamais vu évidente ou plutôt palpable l'utilité des médicaments antipyrétiques dans les maladies infectieuses aiguës; au contraire, même la pratique nous a amené à éviter autant que possible l'usage des remèdes antipyrétiques, et de tous en général, en condamnant leur long emploi systématique. Le traitement antipyrétique dans les maladies paludéennes, excepté la quinine, comme pour toutes les maladies infectieuses aiguës, n'est que palliatif, ou plutôt accidentel, mais jamais curatif; car il ne s'adresse pas à l'élément pathogène, l'unique auteur qui engendre la maladie, mais à la chaleur excessive à laquelle d'ailleurs il n'apporte, quelquefois, aucun bon résultat.

L'HYGIÈNE EN ALGÉRIE. — Le gouverneur de l'Algérie a toujours porté une attention constante sur la santé publique et, grace aux mesures prises sur ses ordres, le danger du *choléra* signalé en Egypte a été écarté d'Alger, qui est fréquenté assidûment par les relâcheurs. Depuis l'apparition de la *peste*, le personnel sanitaire a été renforcé. D'après M. Cambon, si l'epidémie continue, son intention est d'interdire cette année le pèlerinage à la Mecque, afin d'empêcher la contamination des indigènes. Pour enrayer les maladies infectieuses chez les indigènes, le gouverneur général a fait construire plusieurs *hôpitaux*, notamment dans le Mzab et à Biskra, où l'hôpital portera le nom de Lavigerie. Au cours de son dernier voyage dans le Sud oranais, a été décidé la construction d'un hopital a El Abiod-Sidi-Cheikh sur un terrain appartenant à l'agha Si Kaddour.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Statistique médico-chirurgicale dans les Hôpitaux de Paris.

M. le Dr PEYRON, directeur de l'Administration de l'Assistance publique de Paris, vient d'adresser au personnel médico-chirurgical des hôpitaux la circulaire suivante :

Paris, le 24 mars 1897.

Monsieur le Docteur,

Un grand nombre de MM. les Médecins, Chirurgiens et Accoucheurs des hôpitaux sont dans l'habitude de tenir une statistique médicale des diverses affections qu'ils sont appelés à traiter dans leurs services, quelques-uns même en font des publications. Il serait intéressant que cette pratique fût généralisée, et que, à l'exemple de la plupart des grands hôpitaux de province et de l'étranger, des statistiques médicales fussent faites dans chacun de nos services hospitaliers.

A plusieurs reprises, le Conseil municipal a formulé des vœux dans ce sens. Le Conseil de surveillance vient, à son tour, d'émettre le vœu qu'une statistique médicale soit tenue pour chacun de nos services hospitaliers, et il a invité l'Administration à insister à cet effet auprès de MM. les chefs de service pour qu'ils veuillent bien dresser eux-mêmes cette statistique.

Je m'empresse de déférer à cette invitation, persuadé que vous voudrez bien, Monsieur le Docteur, y donner votre adhésion, et prêter votre collaboration à une œuvre dont l'utilité est incontestable. Je me ferai un devoir de mettre sous les yeux du Conseil de surveillance les documents que vous me feriez l'honneur de me communiquer.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée,

Le Directeur de l'Administration générale
de l'Assistance publique,
E. PEYRON.

Nous ne pouvons qu'applaudir à l'idée qui a dicté cette circulaire. Tous les médecins étrangers qui viennent visiter nos hôpitaux sont fort étonnés que, comme chez eux, il n'y ait pas de statistique médicale pour chaque hôpital; qu'il n'y ait pas de rapport annuel où se trouve résumée l'histoire de l'hôpital. Que de fois nous avons signalé cette lacune en faisant l'analyse des *Reports* de Guy's Hospital, Saint-Georges' Hospital, Bartholomew's Hospital, etc., et de quelques hôpitaux des Etats-Unis! Il y a 17 ans, dans un rapport sur l'hôpital Bichat, nous avons essayé de forcer la main à l'Administration, en l'obligeant à publier tous les ans une statistique scientifique sur cette nouvelle maison.

« Lors de l'ouverture du nouvel Hôtel-Dieu en 1877 et de l'inauguration de l'hôpital Tenon en 1878, disions-nous, nous avons signalé à l'Administration l'utilité d'une *statistique médico-chirurgicale* sérieuse. Cet appel n'a pas été entendu et il serait à peu près impossible à l'Administration, si on l'interrogeait, de dire si ces hôpitaux sont plus ou moins insalubres que les anciens hôpitaux. *Au nom de votre Commission, nous vous proposons* D'EXIGER *la publication, chaque année, des résultats du traitement médical et chirurgical de l'hôpital que vous allez* DONNER *à l'Administration de l'Assistance publique. Cette statistique devra être faite par les chefs de service et publiée sous leur responsabilité.* LES FRAIS SERONT A LA CHARGE DE L'ADMINISTRATION (1). »

Cette condition de la *donation* faite de l'hôpital à l'As-

(1) *Rapport présenté par* M. BOURNEVILLE *au nom de la 4e Commission sur la transformation du poste-caserne de la Porte Saint-Ouen* (n° 39) *en hôpital.* Annexe au procès verbal de la séance du 5 août 1880.

sistance était ainsi formulée dans l'un des paragraphes de l'art. 3 de la délibération du Conseil municipal :

« F. Chaque année, une statistique médico-chirurgicale sera faite par les chefs de service et publiée par les soins de l'Administration. »

L'affaire est venue à la séance du 5 août et le projet de délibération que nous présentions au nom de la Commission fut adopté sans discussion (1). Il nous est arrivé maintes fois de rappeler ce vote, entre autres à notre ami le Pr Terrier, particulièrement intéressé en sa qualité de chirurgien de l'hôpital Bichat et l'un des rares chirurgiens des hôpitaux qui, depuis longtemps, publie chaque année, dans le *Progrès médical*, une statistique des malades qu'il a soignés ou opérés (2). Il aurait pu et dû peut-être invoquer, — pour le principe, — le vote formel du Conseil municipal. Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Bichat savent maintenant à quoi s'en tenir. A eux de s'entendre et de nous donner, dans un an, la première statistique médico-chirurgicale d'un hôpital parisien.

M. Peyron fait allusion à quelques-uns des « médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, qui non seulement ont l'habitude de tenir une statistique », mais encore « en font des publications ». Nous ne sommes pas en mesure d'en donner la liste; mais nos lecteurs se rappellent les statistiques de M. Budin, de M. Charcot, etc., que nous avons publiées dans le temps (3).

Personnellement, nous avons prêché d'exemple. Tous les ans, depuis 1880, nous publions le *Compte-rendu* de notre service de Bicêtre. Ces Comptes-rendus qui forment une série de 17 volumes comprennent une première partie où sont exposés tous les faits importants de l'année, une statistique détaillée du mouvement de la population, entrées, sorties, etc., etc., et une seconde partie composée des observations les plus intéressantes rédigées par nos internes et par nous. Une telle publication ne se fait pas sans de lourds sacrifices et nous ne l'aurions pas continuée, si nous n'y avions pas vu un réel intérêt pour exciter le zèle et l'émulation de nos internes et un moyen aussi de mettre les instituteurs, les institutrices et même le personnel secondaire au courant de notre méthode de traitement médico-pédagogique. Cette publication nous a permis enfin, à l'aide des faits de chaque jour, de contribuer à mieux faire connaître les maladies chroniques du système nerveux des enfants, la nécessité de l'hospitalisation de ces enfants, la possibilité de les améliorer toujours, et, souvent, de les guérir.

L'Administration n'indique pas le destin réservé aux statistiques médico-chirurgicales qu'elle attend de la bonne volonté de ses chefs de services hospitaliers. Pourtant, on est fondé à croire qu'elle n'aura pas l'égoïsme de les réserver pour elle-même, mais qu'elle les fera imprimer et les mettra à la disposition du public médical. Elle peut le faire, relativement à peu de frais, en se servant de l'Ecole d'Alembert, de l'Ecole Estienne et peut-être aussi, tout au moins pour les statistiques médico-chirurgicales de Bicêtre, de l'imprimerie des enfants. Nul doute que le Conseil municipal ne lui vienne en aide par une subvention spéciale. Avec un peu de bonne volonté de la part de tous, il serait possible d'avoir, pour l'Exposition universelle de 1900, une statistique médico-chirurgicale scientifique et complète de *tous* les établissements hospitaliers de Paris (1).

BOURNEVILLE.

(1) *Procès verbaux du Conseil municipal*, 18[illegible]0, deuxième semestre, p. 262.

(2) La dernière statistique de M. Terrier a paru dans les numéros 13 et 14 du *Progrès*.

(3) M. Budin a publié tous les ans, depuis 1883 la statistique de son service de la Charité dans le *Progrès médical* et la *Revue d'Hygiène publique*. Citons aussi M. le Pr Pinard (*Rev. d'Hygiène*, 18[illegible]), M. Maygrier, (*Annales de la Soc. obst.*, 1893), etc.

Hôpital de la Maternité. — M. le Pr Budin.

M. le Dr BUDIN a repris samedi dernier, à 3 h. 1/2, l'enseignement clinique qu'il a inauguré l'année dernière à la Maternité (2). Si nombreuse était l'assistance qui était venue entendre le maître que la salle ordinaire étant trop petite, il a fallu descendre dans le grand amphithéâtre des élèves.

Suivant le programme habituel, la première partie a été consacrée à la présentation des malades les plus intéressantes qui se trouvaient dans le service et à la lecture des observations concernant les cas anormaux qui s'étaient présentés dans le courant de la semaine. Parmi les malades, nous citerons, entre autres, une femme apportée des environs de Paris avec de l'ictère infectieux, dans un état très grave; une autre atteinte d'un épithélioma du col ayant donné lieu à certaines particularités pendant l'accouchement et les suites de couches : une troisième malade atteinte d'abcès néphrétique; deux femmes apportées à l'hôpital, à la fin de leur grossesse, et atteintes de cystite purulente. Elles ont été traitées par des lavages de la vessie pratiqués au moyen d'un instrument imaginé par M. Budin et analogue à sa sonde intra-utérine; guérison rapide. On voit encore une malade apportée en pleine péritonite, due à une appendicite. Enfin deux femmes apportées infectées et en travail, les membranes s'étaient rompues prématurément, le liquide amniotique était fétide et il y avait de la fièvre; elles ont eu des accidents pendant leurs suites de couches, mais ont guéri.

La seconde partie a été consacrée à la leçon clinique, dont les deux dernières malades ont été le point de départ. M. Budin a parlé des suites de couches pathologiques, attirant spécialement l'attention sur un certain nombre de symptômes qui lui semblent avoir une signification particulière et qu'il importe de bien connaître. Puis il a commencé l'étude du traitement, étude qu'il terminera dans la prochaine leçon.

L. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur un nouvel appareil anatomique observé dans le péritoine.

On sait qu'il existe sur la paroi péritonéale de la grenouille des orifices faisant communiquer les sacs lymphatiques avec la séreuse. Ce sont les puits lymphatiques de Ranvier.

M. J.-J. ANDEER vient de découvrir dans le péritoine des vertèbres une nouvelle disposition analogue à la précédente. Si on examine, à un faible grossissement, un

(1) Tous les ans, la Préfecture de la Seine publie un *Rapport général sur le service des aliénés* du département de la Seine, qui renferme un compte rendu des asiles et des quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière fait par les médecins.

(2) 119, boulevard de Port-Royal.

morceau péritonéal de grenouille convenablement choisi et préparé, on observe une quantité de trous et la membrane peut être comparée à une écumoire. Ces *ostioles* du côté de la séreuse sont pourvues seulement d'un simple épithélium transparent. Vues par la face subséreuse, elles montrent, à l'examen microscopique, des sphincters à muscles lisses, analogues à ceux du pylore, de la vessie. Au-dessus de ces ostioles, on trouve un sinus lymphatique riche en capillaires lymphatiques spiralés. L'auteur se propose de montrer ultérieurement les conséquences funestes que peuvent avoir, pour l'homme ou les animaux, les troubles ou la suppression de ces ostioles, soit d'une manière chronique, soit d'une façon brusque ou aiguë.

La clasmatose chez les Lamellibranches.

M. Joannes Chatin a trouvé dans le tissu lacunaire des huîtres et des peignes des cellules qui se distinguent aisément des éléments voisins par leurs dimensions comme par leur aspect. Elles mesurent de 100 μ à 300 μ. Elles émettent des prolongements plus ou moins nombreux, dont le protoplasma comme celui de la cellule est granuleux. Ils sont onduleux et moniliformes et sont le siège de phénomènes d'effritement et de scission : ce sont les *clasmatocytes de Ranvier*. Ils jouent un rôle important dans la nutrition.

Démonstration de l'existence de nerfs vaso-sensibles régulateurs de la pression sanguine.

M. Delezenne (de Montpellier) s'est demandé si les variations brusques de la pression sanguine n'étaient pas capables d agir sur les nerfs sensibles des vaisseaux pour produire à distance des modifications régulatrices de la pression sanguine comme celles qui ont leur origine dans la paroi cardiaque et qui se font par l intermédiaire du nerf de Cyon. Pour résoudre cette question, il a imaginé un dispositif très ingénieux A deux chiens curarisés, soumis à la respiration artificielle, il injecte dans les veines de l'extrait de sangsue qui permet d'établir une circulation croisée, des vaisseaux fémoraux de l'un (bout central) aux vaisseaux fémoraux de l'autre (bout périphérique). Chez ce dernier (chien n° 2), le membre inférieur n'est maintenu relié au tronc que par ses nerfs. Des manomètres placés dans les carotides des deux chiens inscrivent la pression. Or, si on excite le bout central du nerf médian chez le chien n 1, la pression sanguine s'élève chez les deux chiens. Il est évident que l'ascension manométrique observée chez le chien n° 1 ne peut s'expliquer que par un mécanisme réflexe dont le point de départ a son siège dans la paroi des vaisseaux de la patte isolée et dont la mise en jeu a été l'excitation des terminaisons sensitives vasculaires par la variation brusque de pression qui s'est produite dans ce tronçon du membre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 mars. — Présidence de M. Dupuy.

M. Boureau (de Tours). — La chimie distingue l'*albuminurie vraie* constituée par l'émission d'albumines coagulables par la chaleur et correspondant aux troubles fonctionnels et aux lésions du rein, et la *peptonurie* constituée par l'émission d'urines solubles à chaud (propeptones et peptones, Senator, Kuhne, Chittenden). Les processus pathologiques auxquels répond l'élimination de ces peptones sont tellement différents, que, sous peine de voir le symptôme albuminurie prendre trop d'extension. ces albumines doivent être dissociées des précédentes. La chaleur permet seule cette distinction, mais ses réactions sont délicates. Tous les réactifs à froid précipitent en bloc. albumines vraies et peptones. L'acide nitrique et l'acide trichloracétique font exception. Le premier est peu maniable, et précipite en outre les matières colorantes, l'urée, l'acide urique. L'acide trichloracétique respecte les peptones franches mais précipite les propeptones et peut par là étendre trop loin les limites de l'albuminurie vraie. L'*acide oxyphénisulfureux* tenant en dissolution un tiers d'*acide sulfosalicylique* constitue un réactif qui fait exactement la dissociation cherchée. A froid, une goutte pour un centimètre cube d'urine précipite *sous forme de voile blanc opaque les albumines coagulables par la chaleur de leurs premières transformations* (alcali, albumines). Il s'arrête devant les peptones et les propeptones; ne précipite ni les alcaloïdes, ni l'antipyrine, ni le salicylate, ni les urates, ni les phosphates. Il donne donc le réactif des albuminuries vraies sans erreur possible.

M. J. de Nittis a rencontré avec M. Charrin des *cirrhoses, dégénérescences hépatiques* chez l'animal, avec des grosses rates sous-ascite, sans gêne circulatoire, ni péritonite. Dans un des cas, la bile de la vésicule était dépourvue de pigment. Le foie était bosselé et rugueux, et cependant le tissu conjonctif n'était pas très abondant et embryonnaire; la lésion portait sur les cellules Ce sont lésions produites par des intoxicateurs (produits microbiens, urinaires ou séreux) qui agissent sur le foie et la rate, mais, dans ces cas, il n'y avait pas cette gêne circulatoire que l'on invoque comme cause des altérateurs du foie et de la splénomégalie. Les auteurs concluent que ces altérations si souvent associées sont dues à l'action d'une cause commune, en pathologie expérimentale et comparée, comme en pathologie humaine : leucocythémie, malaria, dégénérescence amyloïde.

M. Lemoine a étudié dans la *pulpe vaccinale glycérinée* deux groupes de microbes, les uns normaux, auxquels on attribue la suppuration vaccinale des staphylocoques, les autres accidentels, que l'on peut faire disparaître avec des précautions. L'auteur a cherché à supprimer les autres sans nuire aux propriétés vaccinantes et y est parvenu par l'emploi de la chaleur à 30°, pendant 24 heures. On se débarrasse ainsi des virus de la suppuration. Ce traitement du vaccin mettrait à l'abri des suppurations et autres accidents inflammatoires qui surviennent parfois après la vaccination.

M Capitan présente un enfant obèse de 4 ans et 4 mois; la taille est de 1 m. 08 et la circonférence de la taille 1 m 08, le poids 51 kilog. On n'observe aucune trace de myxœdème, les organes sont normaux. Pas d'hérédité obèse; un frère mort de faiblesse congénitale; l'enfant est un gros mangeur.

M. Josué a étudié les *modifications de la moelle osseuse* à la suite de l'infection streptococcique

M. Laveran décrit les *altérations des hématies* qu'il a rencontrées dans le sang d'un malade atteint de fièvre bilieuse hématurique suivie de fièvre continue. Les globules rouges présentent des noyaux seuls ou accouplés, mais différant des corps sphériques que l'on observe dans le sang des paludiques

M. Charrin présente des *tracés du cardiographe Bardier sur des animaux intoxiqués.*

M. Giard dépose une note sur la *régénération chez les Annélides.* A. P.

Séance du 2 avril 1897. — Présidence de M. Giard.

M. Féré rapporte une observation d'*accès épileptiques consécutifs aux excès du coït.* Il s'agit d'un sujet nerveux, chez lequel les accès se sont établis dans ces conditions et ont cessé avec les excès. Le fait est rare, tandis que la crise survenant après le coït chez les épileptiques vrais est au contraire assez commune.

M. Ch. Richet dépose une note de Mlle Joteyko sur l'*action toxique curarisante de la neurine.* — Il résulte de nos expériences que la neurine possède des propriétés curarisantes très manifestes. L'irritabilité du muscle est intacte dans l'empoisonnement par la neurine, de même l'excitabilité du tronc nerveux n'est nullement atteinte. Seules les terminaisons motrices des nerfs sont impressionnées. En outre, la neurine exerce une action déprimante sur les centres nerveux, en quoi elle diffère du curare. Je conclus de ces expériences que la neurine est un poison de la cellule nerveuse. Cette action curarisante de la neurine est intéressante à différents points de vue. On ne connaît jusqu'à présent que quatre substances d'ori-

gine animale (non compris les venins de différents animaux) exerçant une action manifeste sur les terminaisons motrices des nerfs, ce sont : 1° les produits toxiques qui s'accumulent dans le sang et les muscles en l'absence des capsules surrénales; 2° les produits toxiques de la fatigue; 3° la choline; 4° la neurine. Néanmoins, il serait à présent impossible de conclure à l'identité de ces substances en se basant uniquement sur leurs propriétés curarisantes.

M. Gouget. — Sur l'*appendicite épidémique du lapin*. — Cette affection a été signalée récemment par M. Charrin. Cette affection, qui est chronique et ne s'accompagne ni de perforation ni de péritonite, est une folliculite spéciale du type des granulomes, formant des amas cellulaires avec centre mortifié et vaisseaux nécrosés. On ne rencontre dans ces nodules aucune cellule géante. Le microbe est un strepto-bacille déjà signalé par M. Charrin et identique au microbe de la pseudo tuberculose de Preis. La maladie peut, du reste, être reproduite expérimentalement par l'injection au cobaye de cultures du strepto-bacille.

M. Lapicque a dosé, avec M. Guilleminot, la *quantité de fer contenue dans les matières fécales*. Sur sept individus la dose de fer a été de 15 à 30 milligrammes par 24 heures, alors que les auteurs classiques donnent un chiffre deux ou trois fois plus élevé.

M. Renon communique une observation d'*éléphantiasis nostras*, recueillie sur une femme de 64 ans, atteinte d'une affection pulmonaire aiguë. L'examen bactériologique de la lymphe de l'éléphantiasis et du sang a montré, comme on devait s'y attendre, l'existence de streptocoques, en rapport avec les poussées lymphangitiques de la maladie. Mais ils étaient rares et associés au pneumocoque de Talamon-Frænkel, qui se trouvait au contraire très abondant, et dépourvu de virulence pour la souris. L'auteur conclut à une infection secondaire de l'éléphantiasis sous l'influence de l'infection pulmonaire aiguë.

M. Henriot établit que la *lipase du sang* décrite par lui est indépendante de la lipase du pancréas, car elle peut se retrouver dans le sang après l'ablation de cet organe. D'autres réactions chimiques distinguent du reste ces deux ferments.

M. Camus, poursuivant ses recherches sur *l'oxydation de la bile*, a constaté que la lumière et la chaleur étaient nécessaires pour produire cette oxydation en présence de quantités très réduites d'oxygène libre.

M. Boucheron rapporte des observations constatant le *succès de la sérothérapie* dans les iritis à streptocoques ou simplement rhumatismales.

MM. Richet et A. Broca communiquent le résultat de leurs recherches sur la *période réfractaire à l'excitation des centres nerveux* sur les animaux refroidis.

Elections. — M. Bouvier est élu membre de la Société de Biologie par 35 voix sur 42 votants. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 avril. — Présidence de M. Caventou.

Traitement des fractures de la clavicule par le massage.

M. Championnière présente quatre malades atteints de fracture de la clavicule depuis trois semaines au plus et qui n'ont jamais été immobilisés. Le massage journalier a donné un cal formé très rapidement avec le minimum de déformation. Les douleurs ont très rapidement disparu, si bien que dès les premiers jours le blessé peut se servir un peu de la main et parfois même ne pas interrompre son travail.

M. Péan, tout en regardant ces résultats comme très remarquables, se demande si l'immobilisation ne donne pas un cal un peu moins volumineux, fait intéressant chez la femme.

M. Championnière n'a eu jusqu'ici à traiter que deux femmes; le résultat esthétique a été très satisfaisant. C'est d'ailleurs chez l'homme que la fracture est infiniment plus fréquente. Le chevauchement est très efficacement combattu par le massage; la grosseur du cal s'atténue beaucoup avec le temps.

La conférence de Venise.

M. Brouardel expose les diverses mesures adoptées pour les navires venant de l'Inde au départ, en cours de route, à l'arrivée. Ces mesures, prises malgré une certaine résistance des délégués anglais, semblent devoir préserver l'Europe de la peste.

L'appendicite et l'entérocolite (suite de la discussion).

M. Potain n'a jamais observé d'appendicite dans les cas très nombreux d'entérocolite qu'il a observés. Il est bien peu probable que des accidents aussi sérieux lui aient échappé. L'appendicite lui semble donc une complication bien rare de l'entérocolite et la résection à froid de l'appendice est absolument inutile dans cette affection.

M. Laboulbène insiste sur le peu d'importance qu'ont les parasites intestinaux dans la production de l'appendicite.

M. Dieulafoy, outre les faits de M. Potain et de M. Bottentuit, rapporte : 1° soixante observations personnelles d'entérocolite sans appendicite; 2° vingt et un cas d'appendicites opérées et par suite incontestable, n'ayant pas été précédées d'entérocolite.

Chirurgie du système nerveux.

M. Chipault fait trois communications ayant trait : 1° à la cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires; 2° à la ponction lombosacrée dont la valeur diagnostique en permettant l'examen bactériologique du liquide rachidien est très grande, dont la valeur thérapeutique en substituant au liquide retiré du sérum artificiel ou microbicide offre quelques espérances; 3° à la réduction en un temps sous le chloroforme des gibbosités du mal de Pott, opération pour laquelle M. Chipault réclame la priorité.

L'hémianopsie horizontale.

M. De la Personne (de Lille) lit un travail sur l'hémianopsie horizontale.

Elections.

M. Richelot a été élu membre de la section de médecine opératoire par 71 voix, contre 4 à M. Peyrot, 2 à M. Bouilly et 3 bulletins blancs. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 avril 1897. — Présidence de M. Debove.

Ictère chronique.

M. Legendre présente un malade atteint d'ictère chronique, avec troubles dyspeptiques et dilatation gastrique. La cause de cet ictère reste obscure, car les urines du malade ne contiennent pas de pigments, mais de l'urobiline.

M. Hayem, à ce propos, insiste sur la difficulté de déceler les pigments biliaires dans l'urine quand ils sont peu abondants et surtout en présence de l'urobiline.

MM. Galliard et Debove citent chacun un cas d'ictère chronique à pathogénie inconnue durant depuis plus de vingt années.

Ectopie cardiaque.

M. Moutard-Martin présente les pièces anatomiques d'un malade qu'il a récemment montré à la Société. Ce malade était atteint d'ectopie cardiaque, ectopie qu'il avait attribuée aux suites d'une pleurésie tuberculeuse; l'autopsie vérifie l'hypothèse de M. Moutard-Martin.

Traitement médical et indications opératoires de l'appendicite chez les enfants.

M. Moizard croit qu'il est nécessaire de conserver en pathologie, à côté de l'appendicite, la typhlite. Il est nécessaire même de faire le diagnostic différentiel de la typhlite et de l'appendicite. La typhlite a un début lent et progressif, et l'état général du malade qui en est atteint est moins grave que

dans l'appendicite. Ce diagnostic est rendu indispensable par le traitement que l'on doit instituer. Dans certains cas de typhlite, la médication évacuante donnera de bons résultats et il faut la proscrire dans l'appendicite. Dans les formes ordinaires, abstraction faite de la forme suraiguë avec perforation où la laparotomie immédiate s'impose, l'appendicite peut bénéficier du traitement médical. M. Moizard proscrit absolument les purgatifs, conseille l'opium sous forme d'extrait thébaïque à doses fractionnées, associé au benzo-naphtol et au salicylate de bismuth. Des applications de sangsues peuvent calmer la douleur locale; mais elles déterminent parfois des hémorragies. M. Moizard conseille des applications de glace, la diète et le repos absolu. L'opium est administré durant trois ou quatre jours. Au bout de deux ou trois jours, on alimente prudemment le malade et on lui fait prendre des lavements ou de légers laxatifs. Un séjour d'un mois au lit est indispensable M. Moizard est d'avis d'attendre après une première atteinte si le malade peut être surveillé. S'il survient une seconde et une troisième attaque, l'on doit conseiller l'opération à froid.

M. Hayem demande à M. Moizard s'il a relevé chez les enfants, atteints d'appendicite, des troubles gastro-intestinaux antérieurs.

M. Moizard les a le plus souvent constatés.

M. du Castel signale des crises pseudo-gastralgiques qu'il a ressenties lui-même avant d'être atteint d'appendicite. Son maître, M. Vidal, atteint de la même affection, avait aussi fait cette remarque.

M. Legendre, lui aussi, atteint d'appendicite, a ressenti auparavant de fausses gastralgies.

M. Siredey croit qu'il y a deux genres d'appendicites : les appendicites survenant chez les personnes atteintes antérieurement de troubles intestinaux, et les appendicites dans lesquelles le malade est frappé brusquement, atteint en pleine santé d'une véritable maladie infectieuse.

Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë.

MM. Meunier et L. Guinon ont observé à l'hôpital un enfant atteint de tuberculose pulmonaire, qui fut pris de fièvre et présenta les symptômes d'une fièvre typhoïde avec taches rosées lenticulaires et courbe thermique typique. Le sérodiagnostic mit hors de doute l'existence d'une dothiénentérie. Après la defervescence, l'enfant fut pris de fièvre irrégulière et mourut au bout d'une dizaine de jours de granulie. L'autopsie permit de constater des lésions tuberculeuses de l'intestin, mais aucune lésion typhoïdique. Cependant des cultures de bacille d'Eberth furent obtenues au moyen d'ensemencements de pulpe splénique et de liquide pleural.

M. Rendu met en doute l'existence de la fièvre typhoïde ; il croit à une poussée de tuberculose aiguë.

M. Widal défend le diagnostic de M. Meunier Il cite de nombreux cas analogues ; pour lui le séro-diagnostic nettement constaté est pathognomonique Le nombre des observations faites ne permet pas le doute à ce sujet.

M. Barié a observé un cas franc de fièvre typhoïde analogue à celui de MM. Meunier et L. Guinon.

Séro-diagnostic.

M. Chantemesse insiste sur l'importance du séro-diagnostic. La réaction agglutinante, jusqu'alors, n'a pu être prise en défaut. Cette réaction n'est pas une réaction d'immunité, mais bien une réaction d'infection ou plutôt une réaction d'intoxication, résultant d'une infection. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 mars 1897. — Présidence de M. E. Delens.

M. Delens donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. de Saint-Germain, au nom de la Société de Chirurgie.

Cirrhose hépatique et hépatoptose — Hépatopexie et cholecystostomie. — Guérison.

M. Henri Delagenière (du Mans). — M. Delagénière relate l'observation suivante. Une femme de 30 ans, ayant eu une adénite tuberculeuse et qui buvait de cinq à six litres de vin par jour, commença à perdre l'appétit, puis eut des vomissements ; le ventre se ballonna et apparut bientôt une tumeur volumineuse dans la région hépatique. Opération le 16 janvier 1896. Incision verticale de 15 centimètres sur le bord externe du muscle droit. Foie gros, congestionné, mobile, à surface œdémateuse, avec bosselures du volume d'une noix ; hypertrophie du ligament suspenseur. On relève l'organe et l'on constate qu'il n'y a aucun calcul dans les voies biliaires ; la vésicule est volumineuse et ses parois œdémateuses. On se résout, en face du déplacement de l'organe et de l'altération du parenchyme, à faire une hépatopexie et une fistule biliaire. La suture du foie est exécutée par une suture spéciale au catgut double, trop longue à décrire en détail (1). Les suites opératoires furent normales, la malade a actuellement repris l'apparence de la santé après un régime lacté absolu, suivi pendant un an. Elle est devenue enceinte et a accouché normalement. Le foie paraît se trouver à sa place normale. Cette observation montre qu'une cirrhose du foie sans ictère peut guérir par la cholécystostomie, et, d'autre part, l'efficacité réelle de la suture du foie à la paroi abdominale dans l'hépatoptose. M. Delagénière a insisté, d'une façon particulière, sur le rôle de la fistule biliaire dans ces sortes d'infections et sur la manière dont on doit concevoir l'hépatopexie pour obtenir une fixation suffisante. L'accouchement est venu montrer que les sutures par le procédé de Guyon pour le rein sont excellentes pour le foie.

Kystes hydatiques du foie extirpés par la méthode de Lannelongue.

M. Monod démontre anatomiquement la possibilité de pratiquer la thoracotomie inférieure sans intéresser la plèvre.

Amputation de Syme.

M. Kirmisson fait un rapport sur un travail de M. Potherat. On reprochait au procédé de Syme de constituer une sorte de capsule facilitant la stagnation du pus et parfois entraînant des craintes de gangrène. Mais il faut reconnaître que ce procédé donnait un lambeau dont la peau était en contact avec le sang et présentait toutes les qualités nécessaires pour résister au poids du corps. M. Potherat a consacré son travail à la défense de ce procédé. Il passe rapidement sur la proposition d'Ollier de conserver le périoste et les parties molles de la gouttière calcanéenne, et croit qu'il n'est pas nécessaire de prolonger l'opération pour ce mince avantage de conserver le périoste. Le mémoire est fondé sur l'histoire de quatre malades. Deux amputés pour lésions tuberculeuses du pied sont morts ultérieurement de tuberculose ; un troisième, opéré pour un traumatisme, guérit ainsi que le quatrième qui était une femme atteinte d'ostéo-sarcome. Si l'on peut conserver du calcanéum, il est préférable de pratiquer l'opération de Pirogoff plutôt que le Syme.

M. Berger. — C'est surtout dans les affections tuberculeuses du pied que l'on trouve les indications du Syme ou du Pirogoff lorsque les tarsectomies postérieures ne sont plus possibles. Il a fait beaucoup de Pasquier-Lefort ou Pirogoff, il a eu de bons résultats, mais aussi de mauvais, qui l'ont entraîné à faire secondairement une tibio-tarsienne. Il est revenu à l'amputation de Syme, qui ne lui a pas donné des résultats supérieurs à ceux du Pirogoff. La manœuvre de décortication d'Ollier n'allonge pas beaucoup l'opération et paraît utile en protégeant le paquet vasculo-nerveux.

M. Le Dentu a fait bien souvent le Pasquier-Lefort qui lui a donné les meilleurs résultats, sans qu'il ait été besoin de fixer le fragment osseux par quelque procédé que ce soit.

M. Jalaguier a fait deux fois le Syme, une fois pour un traumatisme, une autre pour une tuberculose des os du tarse. Ce dernier surtout a été suivi du plus parfait résultat.

M. Delorme présente un malade atteint de *rupture totale ancienne du moyen adducteur de la cuisse; suture.*

M. Delorme présente un cas de *perforation de la cavité palatine. Oblitération par lambeau de la joue et de la lèvre.*

M. Gérard-Marchand montre un blessé ayant reçu un *coup de couteau au niveau du tiers supérieur de l'humérus.* Il y a une section du radial. Suture des deux bouts et retour de la sensibilité pendant quinze jours. Pulvérisation et guérison M. B.

(1) Sera publiée dans les *Archives prov. de Chir.* en mai 1897.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 1[er] *avril* 1897. — PRÉSIDENCE DE M. O. BEAUREGARD.

M. A. DUMONT s'occupe du *résultat du recensement de* 1896. En réalité, aujourd'hui, dans 58 départements, les décès l'emportent sur les naissances. Contre 1.000 décès, il y a seulement 600 à 649 naissances dans l'Eure et l'Orne, 700 dans le Gers, de 750 à 799 dans les Basses-Alpes, l'Aube, le Calvados, la Côte-d'Or, la Haute-Marne, le Vaucluse ; de 800 à 849 dans la Charente, la Charente-Inférieure, d'Eure-et-Loir, la Manche, la Meuse, l'Oise, le Puy-de-Dôme, les Hautes-Pyrénées, la Sarthe, la Seine-et-Marne, etc.

Cependant, obéissant à des vues optimistes, l'*Officiel* a annoncé que de 1890 à 1896, autrement dit sur le recensement de 1890, la population française présentait un accroissement de 175.000. M. Dumont affirme que cette augmentation, pourtant si faible, est imaginaire. Les deux sources d'accroissement possibles sont, en effet, les *immigrations* et les *naissances*. Or, les étrangers, au nombre de 1.101.000 en 1891 et de 1.027 000 en 1896, ont diminué de 74.000, ce qui est assez naturel après les mesures et les campagnes dirigées contre eux. Il n'est pas probable que les naturalisations justifient une telle différence. On sait, en effet, que celles-ci sont en moyenne de 4.000 par an ; ce qui, pour 5 ans, fait 20.000, pas le tiers du déficit de 74.000, accusé par les statistiques. En en faisant état cependant, il faudrait, pour que l'accroissement annoncé de 175 000 fut réel, qu'il y ait eu un chiffre d'excédents de naissances supérieur de plus de 50.000, soit un total de 225.000. Or, les naissances l'ont bien emporté sur les décès en 1893 et en 1894; mais les autres années, c'est le contraire qui est arrivé. Si bien qu'au total, au bout des cinq ans, loin d'avoir un excédent quelconque, nous avons eu au déficit de 5.480 naissances. Ce déficit de 5.000 naissances, ajouté aux 50.000 étrangers qui ont quitté notre territoire, prouve que notre population, loin de s'être accrue de 175.000 individus, de 1891 à 1896, a diminué au contraire de 55.000 individus au moins.

M. D'ENJOY envoie une étude sur le *baiser en Europe et en Chine*. En Chine le baiser ne se prodigue pas. Au contraire. La mère elle-même n'embrasse que rarement, et encore d'une façon furtive, son propre enfant. Beaucoup de peuples n'embrassent pas du tout d'ailleurs Les Mongoliques en particulier s'approchent pour se flairer et non s'embrasser. En rapport avec ce baiser mongolique, le baiser chinois, différant beaucoup du nôtre, consiste essentiellement en une aspiration. Il se donne en trois temps : 1° Application du nez sur la joue; 2° aspiration nasale avec abaissement des paupières; 3° claquement des lèvres, sans application sur la joue... M. d'Enjoy voit dans cet ensemble de gestes un symbole de l'action de manger. Les Chinois, dont les baisers ont ainsi un caractère aussi bestial que les nôtres, trouvent ceux-ci *odieux*. Il les comparent à une succion : « Les Européens, disent-ils, saignent les femmes en les embrassant » Les Annamites, pour effrayer leurs enfants, les menacent d'un « baiser de blanc ».

M. ZABOROWSKI rappelle que les sauvages ne s'embrassent pas, mais se frôlent et se flairent. Telle serait alors l'origine du baiser, raffinement sensuel si l'on veut ; forme de salutation aussi. En tout cas, il ne voit pas de rapport bien apparent entre lui et l'action de manger. Dans les appréciations des Chinois à l'égard de notre baiser, il y a peut-être un parti-pris intéressé. Des peuples, comme les Allemands, s'embrassent couramment sur la bouche, lèvres contre lèvres, tout en prétendant être aussi chastes que d'autres En Russie, chez les Polonais, les enfants et les inférieurs n'embrassent souvent les parents ou supérieurs que sur l'épaule ou la manche. Mais autrefois existait le privilège de rendre hommage aux femmes en les embrassant aux genoux ou à la cuisse.

MM. DE MORTILLET, VINSON, font des observations du même genre.

M. ZABOROWSKI communique une lettre que lui a adressée M. le D[r] BENGUIER à propos de son mémoire sur la *circoncision*.

MM. GALIMENT et BEAUREGARD discutent de l'existenee de cette pratique dans l'ancienne Egypte.

Présentation de silex et d'os de cavernes. Lecture de rapports administratifs. Z.

THÉRAPEUTIQUE

De la quassine associée à la diastase extractive et à la lupuline pure contre les troubles digestifs et contre la constipation.

Depuis nombre d'années, déjà, la quassine, soit amorphe, soit cristallisée, est employée dans l'atonie de l'estomac, pour favoriser la sécrétion biliaire ainsi que celle des autres glandes de la digestion.

Mais, outre que, *prise isolément*, même en pilules, la quassine a le très grand inconvénient de dessécher la gorge et de déterminer dans la bouche une amertume aussi persistante qu'intolérable. elle présente encore cette autre imperfection de ne remplir qu'incomplètement les indications thérapeutiques si fréquentes dans notre siècle d'anémie et de constipation.

Elle ne possède pas, en effet, à un degré suffisant, dans la plupart des cas, le pouvoir d'expulser, regulièrement et complètement les déchets de la digestion et, d'autre part, se puissance digestive ne s'étend pas aux féculents, d'où la nécessité d'y associer, non pas la diastase pulvérulente obtenue par l'alcool (qui en annihile presque totalement les propriétés), mais bien la diastase extractive du malt à son maximum d'activité, telle qu'elle existe dans l'extrait de Malt Français Déjardin.

Enfin, c'est un fait d'observation, que la constipation est généralement liée à un état nerveux, plus ou moins accusé, qui appelle l'emploi d'un calmant, d'un fébrifuge approprié.

La lupuline *pure* (qui possède toutes les propriétés de la quinine, sans présenter aucun de ses inconvénients), associée à un principe doucement laxatif, était tout indiquée.

Les pilules de *Surinam* (du nom de « bois de Surinam » sous lequel on désigne également le quassia amara), préparées avec ces trois éléments, m'ont toujours donné les meilleurs résultats. Voici d'ailleurs, entre autres, une observation des plus intéressantes : M. M..., 50 ans, venait me consulter en mai dernier.

Depuis plus de 20 ans, il souffrait, par intermittence, de migraines atroces et de maux de reins assez douloureux, et l'analyse avait révélé, dans ses urines, la presence de 25 centigrammes d'albumine.

Cette même proportion, constatée dès le début de l'altération de sa santé, n'avait jamais varié sensiblement, malgré l'emploi des médicaments prescrits suivant l'usage: perchlorure de fer, tannin, quinquina, etc., sans oublier le fameux régime lacté, dont le résultat le plus clair avait été une constipation opiniâtre. à laquelle il n'avait, jusqu'alors, pu remédier qu'à l'aide de purgatifs salins, ou autres, absorbés par intervalles.

Le teint est bilieux, les bras et les jambes sont parsemés de petites taches rouges, et des aphthes très douloureux, phlycténoïdes, apparaissent fréquemment sur la langue et dans la cavité buccale.

L'une des mains est sillonnée de gerçures, souvent douloureuses (l'autre étant restée indemne), qui avaient fait songer à un de nos plus éminents dermatologistes qu'il se trouvait en présence d'un *eczéma sec* justiciable de la solution bien connue à laquelle il a donné son nom :

Eau distillée. . . . 300 grammes.
Arseniate de soude. . 0 gr. 10 centigr.

A prendre 1 ou 2 cuillerées par jour.

Quoique prolongé pendant plus de deux années, ce traitement n'avait eu d'autre résultat que d'amener l'engraissement du malade.

Enfin, digestions laborieuses. avec éructations plus ou moins fréquentes, sommeil mauvais, souvent troublé par des cauchemars.

Je diagnostique simplement : troubles de la digestion, et je prescris :

Pilules de Surinam : 1 avant le repas du matin et 1 le soir au moment de se mettre au lit, et boissons alcalines;

je conseille, en même temps, de recourir, le matin, au réveil, aux lavements d'eau tiède, avec un appareil de 1 litre de capacité.

Quinze jours après, je revoyais mon malade : il était déjà beaucoup mieux : les taches de la peau avaient sensiblement pâli, les digestions étaient plus faciles et le sommeil plus calme.

Tout en maintenant la pilule du matin, je doublais la dose du soir avec prescription de la tripler après quinze jours.

Le mois écoulé, il revenait me dire qu'il allait de mieux en mieux : le teint était redevenu clair, l'appétit bien meilleur, les migraines moins fréquentes et plus supportables et les digestions presque normales.

Seules, les excoriations de la langue avaient continué de se produire, de temps en temps, malgré l'emploi quotidien du borate de soude, employé à l'état pulvérulent.

Je l'engageai à continuer l'usage de ces pilules, de deux jours l'un, puis en laissant trois jours d'intervalle et reprenant ensuite, de temps en temps (suivant les indications qui se révéleraient), le traitement à 3 ou 4 pilules par jour.

Trois mois après, tous les symptômes fâcheux avaient disparu : plus de migraines ni de cauchemars, et mon malade avait retrouvé, avec sa gaîté d'autrefois, la possibilité de goûter, pendant la nuit, les douceurs d'un sommeil calme et réparateur.

Quant à l'albumine, il n'en restait plus que des traces.

Cette observation présente un double intérêt, en ce qu'elle démontre :

1° L'efficacité remarquable de la quassine associée aux laxatifs, aux digestifs des féculents et aux fébrifuges.

2° L'erreur profonde où étaient autrefois nos pères à l'égard du symptôme « *albumine* ».

Il y a 30 ans, et même, plus récemment, jusqu'aux si remarquables travaux de Dieulafoy, *tout albuminurique*, quelle que fût la proportion de l'élément morbide, était *fatalement candidat à l'horrible maladie de Bright.* Nul ne soupçonnait alors sérieusement l'influence des troubles de la digestion.

Vite on prescrivait : tannin, perchlorure de fer, avec l'espoir que ces réactifs astringents allaient agir dans l'économie comme dans un verre à expériences et y coaguler l'albumine, et sans prendre garde à la constipation qu'on allait fatalement, ou provoquer, ou aggraver encore. On prescrivait aussi, et souvent concurremment, le régime lacté *exclusif* : qu'arrivait-il? Après quinze jours ou trois semaines de ce traitement, la constipation avait sensiblement augmenté et la quantité d'albumine aussi, *tout naturellement*, en même temps qu'à la dépression morale, amenée par la crainte d'une mort inévitable, venait s'ajouter une dépression physique profonde, contre laquelle il fallait se hâter de réagir, en supprimant toute médication, et en prescrivant le retour au régime alimentaire habituel.

Dr La Tour du Val.

BIBLIOGRAPHIE

Médecins et Empoisonneurs au XVII[e] siècle; par Legué. 1 vol. in-18, Charpentier-Fasquelle, 1876.

C'est un livre bien agréable que celui que vient de publier le Dr G. Legué, et, si le présent journal s'appelait le *Progrès médical... et littéraire*, il y aurait lieu, au bras de l'auteur, de faire une intéressante incursion au milieu de cette société singulière, si brillante en apparence, en réalité si vicieusement malsaine, qui gravitait à Versailles et au Palais-Royal autour de Louis XIV et de son frère le duc d'Orléans. L'influence de cette société au point de vue des mœurs, du gouvernement, de la littérature apparaissait déjà aux yeux des contemporains sous un aspect tellement exorbitant et redoutable qu'on a dit que Molière, l'année même de sa mort, avait jugé digne de son génie de critique national, de faire pour elle ce qu'il avait fait pour les mondes ultra-religieux, bourgeois et pédant de son temps, et d'écrire comme pendant à *Tartufe*, au *Bourgeois-gentilhomme* et aux *Femmes savantes*, une grande comédie *La Cour*, laquelle, du reste, disparut avec tous ses papiers.

Le Dr G. Legué, qui est assurément l'un de nos érudits les plus documentés en ce qui concerne l'histoire du XVII[e] siècle (1), a voulu, pour faire son tableau, pénétrer dans ce monde avec les médecins du temps, avec les empoisonneurs aussi (que, hâtons-nous de le dire, il ne confond point avec les confrères plus ou moins instruits, plus ou moins ridicules, contemporains des Guy Patin et des Diafoirus. Cette compagnie n'était, du reste, point mal choisie, pour nous faire entrer dans les intimités de l'aristocratie versaillaise et parisienne.

La première partie du livre du Dr Legué nous permet de nous rendre compte, par une série de chapitres où l'histoire, le pittoresque et l'érudition scientifique se mêlent dans une proportion convenable, de l'état de la médecine dans les années qui suivent l'avènement du roi, des tentatives de la thérapeutique, des querelles que provoque l'introduction de l'antimoine, des triomphes sans ménagement de la saignée, et aussi de l'accueil réservé aux médecins par les femmes. Les femmes sont nées clientes de la médecine et, quand les exigences de la beauté et de l'amour ou plus simplement de la maternité se joignent à celles de la simple santé, les femmes et les médecins sont de véritables inséparables. Telles ces grandes dames, dont le Dr Legué esquisse un crayon si plaisant, ces Sévigné et ces Noailles à qui, en tout bien tout honneur naturellement, il faut dans leurs hôtels versaillais ou leurs cabines de baigneuses à Vichy et autres stations balnéaires, des médecins jeunes, pourvus d'abondants et fins cheveux, à la dentition rieuse, blanche et complète, habillés comme des princes, véritables Adonis diplômés, tour à tour lecteurs, habilleurs, masseurs, causeurs variés, se gardant surtout bien de jamais importuner leurs aristocratiques clientes d'un mot de médecine. Le Dr Legué affirme que plus d'une fit sauter ses coiffes par dessus les sources thermales en faveur de ces jeunes gens aimables et aimés. Il y a là des silhouettes médicales que Molière, le grand contempteur des médecins, a laissées dans l'ombre ; il ne nous a pas peint tous les médecins de son temps ; il en est qui ont su parler aux Angéliques. Un des chapitres les plus intéressants est celui que le Dr Legué consacre aux apothicaires ; la pharmacie eut bien de la peine à se dégager des formules, parfois magiques, de la médecine galénique. Ici, le rire fut aussi réformateur et le théâtre seconda l'œuvre des laboratoires de la chimie.

La seconde partie du livre du Dr Legué est d'un caractère plus exclusivement scientifique et médical que la première, bien que l'histoire y apparaisse toujours comme l'assise préférée sur laquelle l'auteur aime à fixer son œuvre. Ici, le Dr Legué aborde l'histoire de ces grands procès de magie et d'empoisonnements qui, après avoir jeté l'épouvante dans l'esprit des contemporains, sont propres encore à nous étonner. L'auteur ne donne ici rien à l'imagination et il n'avance qu'appuyé sur tous les dossiers criminels qu'il a fouillés dans nos archives publiques et dans de riches collections privées. Nous doutons que le lecteur médecin, magistrat, ou tout autre de culture, ne reste pas confondu à la lecture des longues pages consacrées au récit de cette messe noire, dans laquelle la propre maîtresse du roi, Mme de Montespan, déjà effeuillée par les débuts de la ménopause, va, couchée nue sur un autel, se faire égorger sur le bas-ventre par un prêtre, l'abbé Guibourg, un petit enfant acheté ou volé dans un faubourg populaire, dans le but de faire ressurgir l'amour défaillant de son royal amant. Une telle scène ouvre des horizons sur les dessous du grand siècle, car Mme de Montespan n'est pas la seule à prendre le chemin du vieux quartier Bonne-Nouvelle et à disparaître dans la maison borgne de la rue Beauregard ; voici que s'y succèdent la duchesse de Bouillon, la duchesse de Duras, la duchesse de Vivonne, la duchesse de Vitry, la comtesse de Soissons Mme de Dreux, Mme de Poulaillon, la marquise d'Alluye, la princesse de Tingry,

(1) En 1884 et 1887, M. le Dr Legué a publié deux livres remarquables : *Urbain Grandier et les possédées de Loudun* (Bibliothèque Charpentier), et la monographie de *Sœur Jeanne des Anges* (Bibliothèque du *Progrès médical*), ce dernier en collaboration avec le Dr Gilles de la Tourette, avec préface du Pr Charcot.

la maréchale de La Ferté, la comtesse de Rorac, la comtesse de Polignac, la présidente Le Féron, la présidente Lescalopier, la présidente...; mais il faut renoncer à énumérer les présidentes! Que vont faire là ces dames? Dire des messes noires pour garder ou conquérir des amants, acheter des poudres pour se rendre veuves ou se livrer aux manipulations des praticiennes d'avortement, l'avortement — l'éternelle plaie du monde, du demi-monde et du grand monde galant?

Le procès de l'avorteuse et empoisonneuse Voisin compromit une foule de grandes dames et tacha même un peu des noms qu'on ne se douterait guère rencontrer en la matière... Qui savait que l'auteur d'*Andromaque*, Racine, avait été impliqué dans une procédure criminelle relative au décès de sa maîtresse, la comédienne Du Parc? La Du Parc, morte de péritonite suraiguë à la suite de manœuvres abortives, avait parlé au milieu des douleurs de l'agonie, et, dans le procès de la Voisin, l'affaire évoquée prenait corps, au point que Louvois lançait « *les ordres du Roy pour l'arrêt du sieur Racine* » (11 janvier 1680). Qui sait si le long silence de Racine, de *Phèdre* à *Esther*, de 1677 à 1689, et la répudiation définitive des sujets profanes pour les thèses sacrées n'ont pas pour cause quelque drame intime, quelque mystère de vie privée? M. Legué paraît avoir soulevé un coin du voile.

Le volume se termine par une magistrale étude sur la mort de Madame. Madame est-elle morte empoisonnée? La question, souvent traitée par d'autres auteurs en même temps que les grandes affaires de poisons, a fixé l'attention de Littré, de Pierre Clément, de Raynaud, de Loiseleur et d'autres encore. Celui-ci a parlé de péritonite tuberculeuse; cet autre, d'ulcère de l'estomac; ce troisième, de colique de miserere. Le Dr Legué tient pour l'empoisonnement par le sublimé. Nous ne suivrons pas l'érudit médecin dans la discussion technique de son appréciation ; il reste que l'autopsie de Madame révéla qu'elle était tuberculeuse ; le sommet du poumon gauche était farci de tubercules et commençait à subir la fonte purulente. Madame menait une vie de fatigues, d'imprudences et de plaisirs incessants; deux jours avant sa mort, elle avait pris un bain froid en pleine Seine; elle revenait d'Angleterre où l'avait envoyée Louis XIV pour une importante et fatigante ambassade, qui avait pour but de détacher Charles II de l'alliance de la Suède et de la Hollande. C'était aussi, comme nous disons aujourd'hui, une surmenée. Le Dr Legué insiste du reste, avec raison, sur l'immoralité du milieu où vivait cette malheureuse princesse : ce n'étaient, autour d'elle et du duc d'Orléans, qu'invertis et pervertis, et ce mari était moins son mari que la femme du Chevalier de Lorraine. Henriette d'Angleterre avait beaucoup d'ennemis et les preuves accessoires du crime ne sont pas inacceptables, non plus que les preuves cliniques habilement groupées par l'auteur.

Mais la médecine légale et l'anatomie pathologique ne sont guère, à cette date, suffisamment armées pour conclure, et, longtemps encore, elles demeureront dans l'enfance. Poisons végétaux si employés aussi, pavot, belladone, aconit; poisons minéraux, arsenic, sublimé, sont mieux connus des criminels qui en font usage, que des médecins qui ont à en combattre les effets toxiques au lit du malade ou à en reconnaître les lésions à la table d'autopsie. Nous avouons personnellement que nous nous montrerons peu sévères pour les médecins qui autopsièrent Madame et fermèrent les yeux à son empoisonnement, si empoisonnement il y eut, quand nous voyons cent cinquante ans plus tard environ, en 1823, l'ignorance et le chaos qui règnent dans les questions d'empoisonnement, à propos de l'affaire du Dr Castaing, empoisonnant son ami, Auguste Ballet, avec 3 à 4 grammes d'acétate de morphine. Tous les grands noms de la médecine défilent au lit du malade et, devant ce prétoire, quelle cacophonie! Pelletan avait rassuré le Dr Castaing, fort troublé pendant l'autopsie : « Soyez tranquille, lui disait-il, on n'a trouvé aucun symptôme de mort violente ou d'empoisonnement! » Vauquelin a analysé les liquides gastro-intestinaux, les déjections sur draps; il n'a rien trouvé; cet autre parle de choléra-morbus, de fièvre pernicieuse; Chaussier critique Orfila, qui soutient que dans l'empoisonnement morphinique, la pupille est contractée; Laënnec condamne l'expérimentation qui cherche à éclairer la matière : « On a fait, dit-il, beaucoup d'expériences sur les animaux, mais on ne peut conclure rigoureusement des animaux au corps de l'homme. » De guerre lasse, et au milieu de ce désordre, l'avocat général prononce ces paroles et conclut dans une affaire de poison : « La question n'est nullement médicale (*sic*); discuter tel ou tel point de médecine, ce serait se placer hors du procès; il faut rechercher les preuves du crime dans les faits de la cause, dans les circonstances accessoires. » En effet, le Dr Castaing avait fait faire à son ami un testament en sa faveur, et il est toujours fâcheux pour un médecin qui en hérite de s'empresser auprès du lit d'un ami subitement et mortellement atteint, avec 3 ou 4 grammes de morphine et autant d'émétique, dans le double but de calmer des coliques et d'empoisonner des chats qui redoutent une cruelle insomnie. Plus récemment, nous avons vu une grande erreur judiciaire résulter de l'ignorance de l'action de l'oxyde de carbone et des lésions gastro-intestinales, congestions, hémorragies, érosions, ulcérations de la muqueuse prises pour des lésions dues à l'ingestion d'une substance toxique. Hier aussi, c'était un médecin instruit et honorable frappé, lui-même dans une prétendue affaire d'avortement...

D'ailleurs, comme le remarque le Dr Legué avec son sens historique, dans les procès criminels qui touchent à d'importantes victimes, la politique intervient toujours; la raison d'État met le doigt sur la bouche de tout le monde. Qu'il s'agisse de la mort de Madame, du suicide du dernier Condé, du coup de pistolet de Robespierre, du décès de Pichegru, de la mort de l'archiduc Rodolphe... ou de l'empoisonnement récent d'un célèbre baron, la médecine officielle a pour devoir, sous tous les régimes, selon l'expression du Dr Legué, « de n'apporter qu'un commentaire discret et souvent mensonger aux soudaines disparitions de personnage en évidence et aux causes véritables des morts tragiques ».

Ces quelques notes sur un bon livre seraient trop incomplètes si nous n'ajoutions pas qu'ici, comme dans ses ouvrages précédents, le Dr Legué s'est montré auteur de talent : sa langue est facile et claire, élégante et de bonne marque française; à le lire, il n'y a pas que profit, il y a agrément. C'est un écrivain. Louis FIAUX.

VARIA

Une nouvelle tuberculine.

Le *Deutsche Medicinische Wochenschrift* de la semaine dernière a publié une communication du Pr Koch concernant de nouvelles préparations de tuberculine. Il ressort de ce document que M. Koch est parvenu, après plusieurs années de recherches, à composer des préparations de tuberculine dont l'une procurerait d'une façon tout à fait sûre l'immunité contre le bacille de la tuberculose.

Voici quelques-uns des résultats obtenus. Chez des cobayes tuberculeux traités avec la nouvelle tuberculine, on aurait constaté des transformations régressives dans les organes infectés, au commencement du traitement. On aurait même obtenu une amélioration exceptionnellement marquée chez des personnes se trouvant dans la première phase de la phtisie pulmonaire et chez des malades atteints de lupus.

Dans plus d'un cas, on pourrait, d'après les idées habituelles, considérer la guérison comme effectuée; mais le Pr Koch pense qu'il est prématuré d'employer l'expression de guérison avant qu'un laps de temps suffisamment long se soit écoulé sans contretemps. Le remède, enfin, n'aurait occasionné aucun phénomène accessoire inquiétant. On en fait usage au moyen d'injections sous-cutanées, d'abord par petites doses, et ensuite par doses de plus en plus fortes.

Ajoutons encore que cette nouvelle tuberculine, préparée par une fabrique de produits chimiques bien connue, a été, aux risques de mécomptes célèbres dans les annales de la médecine, immédiatement répandue dans le commerce.

Association des Médecins du Département de la Seine.

Le dimanche 11 avril, à deux heures très précises, aura lieu l'assemblée annuelle de l'Association; elle aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. BROUARDEL, président. Cette assemblée a pour objet : 1° La lecture du compte

rendu de l'année 1896, par le secrétaire général; 2° l'élection d'un président, de deux vice-présidents, d'un trésorier. — Candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la Commission générale : *President*, M. Brouardel, *vice-présidents*, MM. Guyon et Fernet; *trésorier*, M. Genouville. 3° Le renouvellement par tirage au sort de vingt-deux membres titulaires de la Commission générale.

Mouvement de la Caisse pendant l'exercice 1896.

CAISSE GENERALE

Recettes.

Rentes 3 0/0 et 3 1/2 0/0	38.586 fr. 75
Cotisations	16.365 »
Admissions	300 »
Dons	2.765 »
Reliquat de l'année 1895	61 40
Total	58.078 fr. 15

Dépenses et emploi.

Secours à trois sociétaires et à soixante et une veuves ou familles de sociétaires	44.300 fr. »
Secours à trente personnes étrangères à l'Association	5.600 »
Recouvrement des cotisations	600 »
Frais d'impression	878 30
Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	432 65
Subvention à la caisse des pensions viagères	3 071 »
Achat de 87 fr. de rente 3 0/0	2.969 99
Total	57.851 fr. 94

Balance.

Recettes	58.078 fr. 15
Dépenses	57.851 94
Reste	226 fr. 21

CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES

Fonds de secours.

Recettes.

Intérêts des fonds placés	529 fr. »
Subvention fournie par la Caisse générale	3.071 »
Total	3.000 »

Dépenses.

Pensions viagères (trois pensions entières)	3.600 fr. »

Fonds de réserve.

Recettes.

Reliquat de l'année 1895	220 fr. 60
Dons	630 60
Total	850 fr 60

Emploi.

Achat de 23 fr. de rente 3 0/0	785 fr. 12

Balance.

Recettes	850 fr. 60
Emploi	785 12
Reste	65 fr. 48

XIIe Congrès international de Moscou (19-26 Août 1897).

Immédiatement après le Congrès de Moscou, il sera organisé un train spécial, à l'usage exclusif des Congressistes régulièrement inscrits, pour une *Excursion gratuite* au CAUCASE.

On visitera Bakou (sources de napthe), Tiflis, Batoum (culture du thé), Soukhoum, Kalé et Novorowsysk. Retour à Moscou.

La nourriture et le logement seront assurés dans le train et les bateaux à vapeur spécialement affrétés à cet effet. — Les faux frais de cette excursion ne dépasseront pas **150** francs par personne, tout compris.

Ce voyage, extrêmement intéressant, sera forcément limité comme places. Aussi engageons-nous tous nos confrères à se faire inscrire dans le plus bref délai possible au Secrétariat général du Comité Français, 14, boulevard Saint-Germain.

L'Enseignement de l'Art dentaire en France.

M. Martin (de Lyon), dans l'allocution qu'il a prononcée à la réunion de la Société des Dentistes du Rhône le 23 janvier dernier, a insisté sur quelques faits très particuliers à l'art dentaire qui méritent l'attention. C'est ainsi qu'il a demandé que dans l'armée on utilise les connaissances des élèves dentistes, comme on le fait pour les boulangers et les cordonniers. M. Martin est un partisan de l'enseignement officiel de l'odontologie. Dans un pays comme la France, il est à peu près certain que c'est là la seule solution qui ait des chances d'être acceptée. Mais il a raison d'ajouter qu'il veut un enseignement plutôt pratique que théorique, et qu'il faut bien distinguer les chirurgiens des dentistes. Certaines opérations buccales et même dentaires, partant l'anesthésie générale, dont l'utilité n'est pas démontrée pour la grande majorité des cas de la pratique dentaire, doivent rester en dehors de l'art odontotechnique. En somme, les idées que M. Martin défend sont empreintes d'un très bon esprit et ses confrères auront intérêt à s'en imprégner.

Répartition des hôpitaux et hospices de France au point de vue de leurs ressources.

Hôpitaux ayant plus de 500.000 fr.	21
— — de 200.000 à 500.000 fr.	48
— — de 100.000 à 200.000 fr.	68
— — de 60 000 à 100.000 fr.	71
— — de 30.000 à 60.000 fr.	176
Total des établissements au-dessus de 30.000 fr.	384
Hospices et hôpitaux ayant moins de 30.000 fr. de recettes ordinaires	1.389
Nombre total des hospices et hôpitaux de France	1.773

Les Fleurs dans les Hôpitaux anglais.

Un médecin de l'hôpital de Saint-Bartholomew d'adressé à tous les hôpitaux de Londres une intéressante circulaire par laquelle il invite ses collègues à examiner attentivement la nature et la qualité des fleurs qui sont apportées à leurs malades soit par leurs parents et amis aux heures de visite, soit par les infirmières elles-mêmes. Placés dans des salles d'hopital, ces végétaux peuvent exercer souvent sur le traitement des influences dont il est essentiel de se rendre compte. En premierlieu, ce médecin recommande de proscrire autant que possible l'introduction des fleurs coupées. Leur présence et leur parfum peuvent n'offrir aucun inconvénient; mais l'eau où on les trempe pour en entretenir la fraicheur se corrompt très rapidement, donne lieu à des fermentations dangereuses, à la production de microbes qui trouvent sur les fiévreux et les anémiés un terrain de culture on ne peut plus favorable. Si donc des fleurs coupées sont admises, les infirmiers et infirmières devront prendre soin de renouveler fréquemment l'eau dans les vases qui les contiennent et de n'en point laisser la jouissance aux malades pendant plus d'une journée. Il sera toujours plus prudent de n'autoriser que l'entrée des fleurs en pots et sur racines. Les fleurs artificielles ne seront jamais tolérées; elles sont les plus dangereuses à cause des poussières industrielles qu'elles contiennent. Le parfum des fleurs mérite également examen. La préférence doit être accordée aux fleurs inodores ou à celles dont le parfum ne peut influer sur les nerfs ou sur le cerveau des malades. C'est là question de circonstances et d'étude.

Le medecin de Saint-Bartholomew conseille à ses confrères de ne jamais prendre de mesures radicales contre l'admission des fleurs. Il pense que la vue d'un bouquet de violettes de Parme ou d'un pied de pensées peut exercer une excellente influence sur l'humeur des malades et il est d'avis, avec raison, que l'on place des branches de verdure dans toutes les salles d'hôpital. Enfin, à ce dernier point de vue, il recommande l'emploi de rameaux d'eucalyptus pour leurs propriétés desinfectantes.

Syndrome bulbaire d Erb

Ptosis double, faiblesse des muscles masticateurs et des muscles de la nuque; dysphagie, parésie de la langue et des extremités. Participation du territoire du facial supérieur. Voix nasonnée. Masque facial fixe, immobile.

Les huîtres et la kératite des écaillères.

M. le Dr Robert L. Randolph, dans le *John Hopkins Hospital Journal*, appelle l'attention sur une affection particulière des yeux, qui amène de la kératite chez les écaillères d'huitres. Cet acci-

dent local est causé par les éclats de coquilles pénétrant dans l'œil. Si localisée qu'elle soit au début, l'inflammation devient d'ordinaire générale et grave. Cette maladie serait très fréquente à Baltimore, qui ne compte pas moins de six mille écaillères d'huîtres, et les hôpitaux de cette ville soigneraient plusieurs centaines de cas par an. En France, on n'a point encore ouï dire que les huîtres (*Ostrea edulis*, ni même les portugaises), sautassent ainsi aux yeux des écaillères. C'est peut-être un défaut spécial à la *virginiana* et à la *canadensis* américaines, et la nouvelle en fera sans doute, comme on dit, « ouvrir l'œil ». Mais, ce qui saute aux yeux, tout d'abord, dans cette information, c'est le nombre des écaillères de Baltimore : six mille écaillères ! Quel beau chiffre ! A raison de quelques douzaines seulement d'huîtres par écaillère, le total est imposant.

Enseignement médical libre.

Technique bactériologique pratique et de microbiologie. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, recommencera son cours le 12 avril, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les recherches exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des principaux microbes normaux et pathologiques. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra), de 1 h. à 2.

Gynécologie. — M. le Dr Ch. FOURNEL, lauréat de la Faculté, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, commencera le mardi 27 avril 1897, à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, Amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *Gynécologie médico-chirurgicale.* Il le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Clinique Ophtalmologique. M. le Dr KOENIG, 14, rue Monge. Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Victor LEMOINE (de Reims).

Un naturaliste des plus distingués, M. le Dr Victor LEMOINE ancien professeur à l'Ecole de Médecine de Reims, a succombé récemment à Paris, où il était venu se fixer vers la fin de ses jours, pour pouvoir se livrer avec plus de fruit à ses études favorites.

M. Lemoine a toujours eu un goût très vif pour les études d'anatomie comparée et il a préparé une série de pièces montées (squelettes divers) des plus intéressantes. Naturaliste très ingénieux et très perspicace, il s'est livré aussi à des recherches de paléontologie très méritoires. Pour étudier des fossiles des environs de Paris, il n'avait pas hésité à acheter le champ où se trouvait le gisement. On lui doit de remarquables études sur les Pucerons et les diverses espèces de Phylloxera. La plupart de ses travaux ont paru à Reims, dans les bulletins des Sociétés locales et dans les divers volumes de l'*Association française pour l'avancement des sciences*. — C'était en réalité un biologiste de grande valeur et un passionné des choses de la nature, aussi savant qu'habile préparateur. M. B.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE L'INCINÉRATION. — L'Assemblée générale de cette Société aura lieu le samedi soir, 10 avril, à 8 heures 1/2, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente, sous la présidence de M. Bourneville. — Dans un but de propagande, le public sera admis à la séance.

INCINÉRATION. — Notre ami, M. CAPUS, fera le 24 avril, à huit heures et demie du soir, dans la salle de la Mairie du Panthéon, une conférence, avec projections, intitulée : *L'Incinération ; Souvenirs de voyages.*

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 au samedi 3 avril 1897, les naissances ont été au nombre de 1 133 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 407, illégitimes, 172. Total, 579. — *Sexe féminin* : légitimes, 381, illégitimes, 173. Total, 554.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 au samedi 3 avril 1897, les décès ont été au nombre de 948, savoir : 563 hommes et 385 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 0, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 22, F. 19, T. 41. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 4, F. 9, T. 13. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 1, T. 3. — Grippe : M. 3, F. 0, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 65, T. 190. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 9, T. 23. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 12, T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 12, F. 11, T. 23. — Tumeurs malignes : M. 1, F. 0, T. 1. — Méningite simple : M. 36, F. 17, T. 53. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 3, F. 3, T. 6. — Paralysie, M. 3, F. 1, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 33, F. 33, T. 66. — Maladies organiques du cœur : M. 7, F. 12, T. 19. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 7, T. 18. — Bronchite chronique : M. 25, F. 21, T. 46. — Broncho-pneumonie : M. 22, F. 19, T. 41. — Pneumonie : M. 21, F. 16, T. 37. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 5, F. 0, T. 5. — Gastro-entérite, biberon : M. 0, F. 0, T. 0. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 5, T. 18. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 13, F. 10, T. 23. — Sénilité : M. 13, F. 17, T. 30. — Suicides : M. 22, F. 1, T. 23. — Autres morts violentes : M. 10, F. 5, T. 15. — Autres causes de mort : M. 93, F. 43, T. 141. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 4, T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 116, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 42, illégitimes, 27. Total : 69. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 18. Total : 47.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Prix Wilde. (Un don de 137.500 francs.)* — M. Berthelot, secrétaire perpétuel, a donné lecture à l'Académie des Sciences d'une lettre que vient de lui adresser M. H. Wilde, F. R. S., président de la *Manchester Literary and philosophical Society.* Dans cette lettre, M. H. Wilde expose diverses considérations scientifiques qui l'engagent actuellement à se mettre en communication avec l'Académie « dans le but de stimuler de nouvelles investigations dans les sciences physico-chimiques et de faire disparaître quelques-uns des obstacles qui entravent leur progrès ». En reconnaissance des nombreux profits que M. H. Wilde a retirés de la science française, tant pure qu'appliquée, il offre à l'Académie la somme de £ 5,500, c'est-à-dire 137 500 francs, pour être placée en rente française, et l'intérêt provenant de cette somme devra être appliqué à la fondation d'un prix de 4 000 francs, à décerner tous les ans à l'auteur d'une découverte ou d'un ouvrage quelconque en astronomie, physique, chimie, minéralogie, géologie et mécanique qui, au jugement de l'Académie, sera trouvé le plus méritant. L'attribution de ce prix sera internationale et pourra être rétrospective.

UNIVERSITÉ DE LYON. — Par décret, l'Université de Lyon a été autorisée à accepter la donation d'une somme de 100 000 francs faite à son profit par M. Augustin Falcouz. Cette libéralité sera alternativement employée à la fondation de quatre prix biennaux qui, sous le nom de « Prix Etienne Falcouz », seront respectivement décernés, dans chacune des quatre Facultés de droit, de médecine, des sciences et des lettres de ladite Université.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Par décret il est créé une chaire de géographie physique à la Faculté des Sciences de Paris. M. VELAIN, docteur ès sciences, chargé de cours à la Faculté des Sciences de Paris, est nommé professeur de géographie physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 24 mai 1897. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 15 mai.

Concours pour l'adjuvat. — Le concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 10 mai 1897. Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 1er mai.

Don Charcot — Mme veuve Charcot s'est engagée à abandonner la pension annuelle de 2,000 francs qu'elle reçoit de l'Etat, en faveur des veuves ou des enfants, soit des professeurs, soit des agrégés de la Faculté de Médecine de Paris, morts sans fortune ou sans retraite reversible suffisante. Elle a versé une somme de 5,077 fr. 75 représentant les arrérages qui lui avaient été payés le jour où elle est entrée en jouissance de sa pension. Cette libéralité figurera au budget de la Faculté sous la rubrique *Sub[illegible] Charcot.*

Vacance de Chaire. — La chaire de pathologie expérimentale et comparée de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris

est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à dater de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

École de Médecine de Reims. — *Concours.* — Un concours s'ouvrira le 14 novembre 1897 devant la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de Médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours. — M. le Dr de Bovis est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale.

Enseignement Populaire Supérieur. — *Cours d'Hygiène sociale.* — Sujet du cours: L'hygiène et l'alimentation des travailleurs. M. le Dr A.-J. Martin fera la Conférence pratique du 11 avril à neuf heures trois quarts du matin, à l'usine de MM. Appert, maîtres verriers, rue des Chasses, à Clichy. Départ par la gare Saint-Lazare pour Clichy-Levallois, à 9 heures 25; retour à midi précis. Les cours et les conférences sont publics.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique dans le Boulonnais, les Flandres et l'Artois, du 19 au 23 avril prochain. On visitera successivement les falaises de Boulogne à Wimereux, les carrières de Marquise, d'Hydrequent et de Ferques; les environs de Saint-Omer, Cassel et les dunes de Zuydtcoote, près de Dunkerque, Béthune et les mines de houille de Nœux. — Une conférence publique préparatoire à l'excursion et qui sera en même temps l'introduction du cours de cette année sur l'Histoire géologique de la mer, aura lieu le samedi 10 avril, à cinq heures précises, à l'Amphithéâtre de la galerie de géologie au Jardin-des Plantes. Le rendez-vous pour l'excursion est à Paris, à la gare du Nord, le lundi 19 avril, où l'on prendra, à 8 heures et demie du matin, le train pour Boulogne. Une réduction de 50 0/0 sur le prix des places au chemin de fer sera accordée aux personnes inscrites au Laboratoire de géologie, 61, rue de Buffon, avant le 15 avril à quatre heures.

Service de Santé de la Marine. — *Réserve.* — Nominations au grade de médecin de 2e classe. M. le Dr Rozier, médecin de 2e classe de la marine, démissionnaire; M. le Dr Peltier, médecin de 2e classe de la marine, démissionnaire.

Service de santé des Colonies et pays de protectorat. — Promotions au grade de médecin en chef de 1re classe: M. Chédan, au grade de médecin de 1re classe: MM. Alliot, Lautour et Dutigny, au grade de pharmacien principal: M. Pignet (Alfred-Léon-Édouard), pharmacien de 1re classe.

Congrès de la Société allemande de Gynécologie en 1897. — Le septième Congrès de la Société allemande de gynécologie se tiendra à Leipzig du 9 au 11 juin prochain. Voici les questions mises à l'ordre du jour: 1° *rétroflexion de l'utérus*; 2° *placenta prævia*.

Le Service médical de l'Exposition de 1900. — L'Administration communique aux journaux que le service médical de l'Exposition commence à fonctionner sur les travaux. On n'a eu jusqu'à présent à signaler que des accidents sans aucune gravité: contusions provenant de chutes d'outils, etc. Nous serions très heureux de pouvoir constater longtemps encore que toutes les précautions prises ont été à peu près inutiles; mais cela n'est guère probable. Une statistique publiée régulièrement nous paraît nécessaire.

Banquet de l'Internat. — Le Banquet de l'Internat en Médecine des hôpitaux de Paris aura lieu cette année le samedi 1er [illegible], au restaurant Marguery, il sera présidé par M. le docteur Bucquoy.

Annuaire de l'Internat. — La 6e édition de l'Annuaire, publiée par les soins de l'*Association des internes et des anciens internes*, est actuellement réimprimée et paraîtra le 1er mai. Les collègues qui ont changé de résidence, et les internes sortis de l'internat depuis les cinq dernières années, sont instamment priés, s'ils ne l'ont pas déjà fait, de faire connaître leur adresse le plus tôt possible au secrétaire de l'Association, M. le Dr Fouillard, [illegible], rue Saint-Georges, Paris. Il ne pourra être tenu compte d'aucune correction après le 15 avril.

La Physiologie et l'Hygiène à Paris. — *[illegible]* — Sur la proposition de M. Chassaigne-Goyon, une subvention de 4,000 francs est allouée au Pr Gréhant, professeur au Muséum, pour lui permettre de continuer ses recherches sur l'application de la physiologie à l'hygiène.

Médecin et Député. — *Élections législatives [illegible]*. — M. le Dr B[illegible], qui s'était présenté aux [illegible] d'A[illegible] contre M. Pa[illegible], vient d'adresser au ministre de l'intérieur une lettre de protestation contre l'élection de son concurrent.

Un certificat médical nouvellement exempté du timbre. — A la liste des certificats médicaux non soumis au timbre au dire de la *Semaine médicale*, il faut en joindre un nouveau, d'après la loi portant fixation du budget de l'exercice 1897 promulguée le 30 mars. L'article 4 de ladite loi, qui vise le cas, est ainsi conçu: « Sont exemptés du droit et de la formalité du timbre les certificats de maladie délivrés par les médecins non assermentés, quand ces documents concernent des agents remplissant un service actif de l'État. »

Assistance publique a Paris. — *Les visiteurs des Bureaux de Bienfaisance.* — M. Fourest a interpellé M. le directeur de l'Assistance publique, au Conseil municipal, sur la faculté laissée aux secrétaires-trésoriers des bureaux de bienfaisance de prendre des visiteurs à la journée. M. Peyron a dit qu'il a été obligé d'autoriser ces visiteurs payés, afin d'examiner le plus rapidement possible les demandes de secours urgentes qui parviennent aux bureaux de bienfaisance. MM. Fourest et Archain ont invité M. le directeur de l'Assistance publique à surveiller le choix de ces visiteurs.

Le testament de lady Wallace. — On écrit de Londres que dans l'acte officiel du *probate court*, administration chargée des évaluations testamentaires, parmi celles relatives aux dernières volontés de lady Wallace, il y en a qui concernent particulièrement la France. Un certain nombre d'établissements de bienfaisance sont dotés, parmi lesquels l'*Assistance publique*, inscrite pour deux cent cinquante mille francs, et l'*Hospitalité de nuit*, qui hérite de la même somme. Au milieu des autres établissements de même genre en Angleterre, l'*Asile royal de Cambridge* pour les veuves des anciens soldats reçoit un million de francs; et un autre million est diversement réparti entre quelques autres institutions charitables, tels le *National life boat* ou Société des Sauveteurs, les Incurables de Clapham, etc., etc.

Groupement du Personnel secondaire de l'Assistance publique. — Cette association, composée des infirmiers et infirmières de tout grade des hôpitaux, hospices et fondations de l'Assistance publique, a pour but d'affirmer les principes de solidarité en se substituant ou en aidant la famille en cas de maladie, et d'étudier les questions qui peuvent faciliter l'accroissement des retraites et l'amélioration de la situation. Le siège social de cette société utile est 3, avenue Victoria.

Buste de Rollet. — Cette semaine a eu lieu, dans l'atrium de la Faculté de Médecine de Lyon, l'inauguration du buste élevé à Rollet, ancien professeur à la Faculté, correspondant de l'Institut. L'assistance était nombreuse. M. Gailleton, maire, président du comité de souscription, a rappelé les titres de M. le Pr Rollet, chef de l'école lyonnaise de syphiligraphie, qui eut la bonne fortune d'assister au triomphe définitif de ses idées.

Hôpitaux de Paris. — La première épreuve du *Concours pour trois places de médecins des hôpitaux* (lecture des copies), vient de se terminer. L'épreuve clinique aura lieu à Beaujon, à Laennec et à la Charité, aux jours et heures fixés à chaque séance. Sont admis à subir cette épreuve les candidats ayant obtenu les notes 18, 19 et 20. Ce sont MM. Gaston Lyon, 20; Petit, Brunl, Papillon, Dupré, Hallion, Hudelo, Lamy, Leary, Lenoir, Méry, Mosny, Parmentier, Tissier, 19; Achalme, Aviragnet, Bezançon, Boulloche, Caussade, Deschamps, Enriquez, Gallois, Gaston, Grandmaison, Gouget, Letienne, Nagcotte, Plicque, Renon, Sallard, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thiroloix, Triboulet, 18.

Concours de l'Internat pour l'Hospice de Brévannes (Seine-et-Oise). — Sont nommés internes: MM. Garnez, Cruchaudeau et Peyre.

Conférences pratiques d'histologie. — M. le Dr Launois, préparateur au laboratoire des travaux pratiques d'histologie, commencera le mercredi 31 mars une série de démonstrations pratiques d'histologie. — Se faire inscrire au Laboratoire des travaux pratiques d'histologie (bureau de M. le chef des travaux).

L'Hôpital et l'Isolement des Tuberculeux a Paris. — Au Conseil municipal de Paris, M. Astier a adressé récemment, une [illegible] au préfet de la Seine sur les [illegible] pour donner satisfaction [illegible] par le Conseil [illegible], sur la proposition [illegible] de M. René B[illegible] [illegible] MM. P[illegible], [illegible] de l'Assistance publique [illegible] [illegible] Bompard ont pris la parole. [illegible] M. N[illegible] [illegible] à l'ouverture d'[illegible] [illegible] tuberculeux. — Les [illegible] M. B[illegible] [illegible] [illegible] M. [illegible] [illegible]

sion avait déjà décidé qu'elle proposerait au Conseil municipal, d'accord avec le conseil de surveillance de l'Assistance publique, de prélever, sur les fonds de capitalisation du dixième du prix de vente d'immeubles s'élevant à dix millions, une somme de 6 millions qui serait consacrée à l'édification d'un hôpital pour les tuberculeux.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Nous apprenons avec plaisir la nomination de notre collaborateur et ami M. le Dr P. Sérieux, médecin-adjoint à l'Asile de Villejuif, comme médecin-adjoint faisant fonction de médecin en chef du service des aliénés alcooliques de l'Asile de Ville-Evrard, poste créé par une délibération du mois de décembre du Conseil général.

L'Assainissement de Paris. — M. Georges Berger a demandé qu'un tour de faveur fût réservé dans l'ordre du jour de la Chambre pour les discussions des travaux d'adduction des eaux du Loing et du Loiret destinées à l'alimentation de Paris. Il y a à cela une raison d'urgence à cause des dangers que présente la canalisation des eaux de la Vanne.

La Peste. — La commission de la Chambre des députés a adopté le rapport de M. Bouge sur le projet relatif aux mesures à prendre contre la peste. Le projet entrainera une dépense de 260.000 francs.

Religieuse. — Sous ce titre : *Terrible méprise*, le *Radical* du 29 mars rapporte le fait suivant : « Un bébé, Eugène Nadot, âgé de six semaines, fils d'un gardien de la paix du treizième arrondissement, souffrant d'une ophtalmie purulente, était, chaque matin, conduit au dispensaire de la Butte-aux-Cailles, 4, rue Jean-Marie-Fégot, où, sur l'ordonnance du médecin, on lui injectait dans les yeux de l'eau boriquée. Hier, la sœur Marthe, qui procédait quotidiennement à cette opération, au lieu d'acide borique prit par mégarde de l'acide azotique et commença à en injecter l'œil droit du bébé. Aux cris terribles du petit, la sœur comprit son erreur. L'œil était déjà brûlé par le corrosif qui, en coulant, avait également fait de graves ravages sur le visage. L'autre œil est atteint aussi, mais on espère pouvoir le sauver. M. Remongin, commissaire de police, informé, a adressé le procès-verbal de ses constatations au Parquet et dans l'après-midi, M. Jolly, juge d'instruction, s'est rendu au dispensaire. »

La folie des Naufragés. — La folie qui a été observée chez les naufragés de la *Ville de Saint-Nazaire*, n'a pas été la même chez les naufragés des divers canots, parce que, a-t-on soutenu, les paysages maritimes qu'ils ont traversés differaient. Dans le canot du capitaine on avait la *folie érotique*, puisqu'on croyait voir des femmes et même un corps de ballet. « Cela tient, a dit le capitaine naufragé Nicolaï, à ce que de nombreux poissons de forme étrange flottaient à fleur d'eau autour de notre canot. Ces poissons, qui se bercent sur le flot, ressemblent absolument à des femmes ; leurs nageoires, très allongées, se terminent par des griffes avec lesquelles ils s'accrochent l'un à l'autre. Or leur image, je m'en rends bien compte maintenant, se rapportait, très agrandie, sur les nuages. » — « Nous, a dit le commandant, nous avions un tout autre spectacle. Les nuages, très épais, semblaient marcher à côté de nous, à droite et à gauche. Les lignes de notre canot se reflétaient sur eux de telle sorte que nous croyions, parfois, être dans l'aile très longue d'un palais. » — Nous donnons l'explication de ces braves marins pour ce qu'elle vaut.

Journalistique. — Nous recevons les premiers numéros de la *Médecine infantile*, journal mensuel paraissant à Paris, sous la direction de M. le Dr E. Périer, qui le rédige avec une compétence toute particulière. On connait en effet les intéressants volumes publiés par notre érudit confrère.

Nécrologie. — M. le Dr de Chammard père (de Tulle). — M. le Dr Delahaye (d'Héry). — M. le Dr Ernest Brand, de Stettin. — M. le Pr Ludwig Hollander, privatdocent d'odontologie à la Faculté de médecine de Halle. — M. le Dr Michel Stoukovenkow, professeur de dermatologie. — M. le Dr Eugène Afanassiew, ancien professeur de pathologie médicale et de thérapeutique à la Faculté de médecine de Kiew. — M. le Dr Mariano Pantaleo, professeur d'obstétrique à Naples, décédé à 85 ans. — M. le Dr Navault (de Vichy), décédé brusquement à l'âge de 54 ans. — On annonce de Nice la mort de M. le Dr A. de Soyre, décédé après une longue et douloureuse maladie.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — M. P. Marie. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Charpentier, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. Féré, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. Bourneville, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hôpital Saint-Antoine. — *Maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert Ballet et E. Brissaud. M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures. M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures. — M. le Dr A. Siredey, à 10 h. 1/2, conférences de *Gynécologie médicale.*

Hôpital Broca. — M. Pozzi. — Tous les lundis et vendredis (à partir du mois d'avril), à 10 heures, leçon de clinique gynécologique.

Hôpital Ricord. — M. Mauriac. — Tous les samedis (à partir du mois d'avril), à 9 heures 1/2, leçon sur la syphilis et les maladies vénériennes (clinique et thérapeutique).

Hôpital Tenon. — M. Béclère. — Conférence clinique tous les vendredis, à 10 h. 1/2 (salle Pidoux).

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules Voisin, le jeudi, à 10 h. du matin.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Doléris : obstétrique et gynécologie, mardi et vendredis, à 10 heures. — M. le Dr George Thibierge : *leçons cliniques sur les maladies de la peau*, le vendredi à 10 h. 1/2. Le mercredi et le samedi, à 9 h., consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques. — M. le Dr Babinski : conférences cliniques sur les *maladies du système nerveux*, samedis à 10 heures du matin.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Hallopeau, dimanche, à 9 h. 1/2 (salle des conférences). — M. le Dr Du Castel, le samedi, à 1 h. 1/2, consultation externe. Après la consultation, conférence clinique dans la salle des conférences.

Asile clinique. — *Conférence sur les causes de la folie.* — M. le Dr Toulouse, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Maternité. — M. le Dr P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, 119, boulevard de Port-Royal : leçon clinique avec présentation des malades tous les samedis, à 3 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes, 71

3e SÉRIE. T. V. N° 16. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 17 AVRIL 1897.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Diagnostic et traitement des tumeurs intra-oculaires (1);

par le Dr **Albert TERSON**,
Chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu.

Avant l'invention de l'ophtalmoscope, on ne diagnostiquait guère les tumeurs rétro-iridiennes qu'après la perforation de l'iris ou de la cornée; tout au plus s'en tenait-on à des probabilités, quand la pupille, chez les tout petits enfants, présentait les reflets chatoyants qu'on avait remarqués pour les gliomes. Depuis l'usage de l'examen ophtalmoscopique, on est arrivé, pour le plus grand bénéfice du malade, opéré souvent de très bonne heure, à un diagnostic *précoce* des tumeurs intraoculaires. Il faut reconnaitre néanmoins, dans certains cas, les réelles difficultés du diagnostic, et la nécessité absolue de s'aider de divers moyens, en particulier de méthodes nouvelles sur lesquelles nous allons insister.

On doit faire le diagnostic d'une tumeur intra-oculaire dans plusieurs cas différents et bien tranchés. D'abord, la tumeur peut avoir perforé l'œil et un fongus s'étale à la place de la cornée; au contraire, on a affaire à une tumeur irienne bien visible dans la chambre antérieure. Mais, lorsque la tumeur est en arrière de l'iris, il s'agit d'un tout autre ordre d'idées et de difficultés pratiques. Tantôt la tumeur est au niveau du corps ciliaire, mais on voit le reste du fond de l'œil. Tantôt il s'agit d'une tumeur postérieure généralement masquée par un décollement rétinien. Enfin, dans des cas encore plus difficiles, l'œil est *inéclairable* par le miroir; il y a, soit un leucome cornéen, soit une cataracte, qui interdisent tout examen ophtalmoscopique: une occlusion pupillaire totale peut jouer un rôle analogue, de même qu'un glaucome absolu avec cornée et cristallin troubles.

1° Diagnostic a la période de perforation. — Quand la cornée ou la sclérotique sont perforées, le diagnostic est en général relativement facile. En présence d'un fongus grisâtre s'échappant de l'œil chez un très jeune enfant, on pensera surtout au gliome, de même qu'en présence d'un champignon noirâtre apparaissant sous la conjonctive à travers la sclérotique effondrée, ou directement au devant de la cornée, le mélano-sarcome s'impose. Néanmoins, par l'étude sérieuse des antécédents et l'absence d'une période glaucomateuse antérieure, on évitera la confusion avec un épithélioma mélanique de la conjonctive qui peut quelquefois atteindre d'énormes proportions, de même que certains sarcomes conjonctivaux et palpébraux pouvant remplir le cul-de-sac conjonctival d'énormes bourgeons. Chez un sujet avant la quarantaine, on pourra penser, en face de masses jaunâtres, s'échappant autour de la cornée, soit à une énorme masse *tuberculeuse*, soit à une *gomme* du corps ciliaire. On pratiquera systématiquement des coupes histologiques et bactériologiques, et des inoculations de fragments pour différencier le tubercule qui, en plus, aura pour lui la coexistence fréquente d'autres tuberculoses locales et divers indices tirés de l'examen général et des antécédents des sujets. La *gomme du corps ciliaire* sera soigneusement éliminée, après un traitement intensif par les injections mercurielles, l'étude soignée des antécédents et des concomitants syphilitiques, la présence très fréquente d'une violente inflammation iritique, la marche rapide de l'affection.

2° Il y a une tumeur de l'iris. — Les *angiomes*, les *mélanomes* iriens seront faciles à reconnaître par leurs caractères propres.

Les *kystes séreux* ressemblent à une bulle grisâtre, à bords arrondis, comprimée dans l'angle de la chambre antérieure. On trouve à peu près toujours les traces, sur la cornée, d'un traumatisme ancien, fortuit ou opératoire. Ce traumatisme remonte quelquefois à une époque fort reculée, et dans un cas observé par nous et consécutif à une piqûre d'épine, le traumatisme remontait à l'âge de sept ans, la malade ayant cinquante-cinq ans lorsque nous l'avons vue.

Le *sarcome primitif* devra d'abord être différencié d'un sarcome ciliaire ayant traversé l'iris : ce n'est ensuite que *par exclusion* que l'on arrivera à affirmer le sarcome, en général plus vasculaire et sans réaction iritique. Les *lymphomes* sont multiples et accompagnés d'adénie et de leucocythémie.

Les néoproductions infectieuses de l'iris, les granulomes syphilitiques et tuberculeux, ne présentent pas toujours de caractères bien tranchés, et il est des cas où, même après la réussite d'un traitement antisyphilitique ou antituberculeux, on peut se demander, en l'absence de tout antécédent ou concomitant net chez le malade, quelle était la cause de la néoformation qu'on a fait disparaître.

Les *lépromes* sont cependant en général plus faciles à diagnostiquer. Presque toujours en effet la lésion est consécutive à de volumineux boutons *lépreux* conjonctivaux et cornéens, eux-mêmes rarement primitifs. Le *tubercule* se développerait surtout vers le bord adhérent; il est jaunâtre et quelquefois accompagné de granulations voisines. Une sorte d'hypopyon formé de débris, mais sans vive réaction inflammatoire, est fréquent. Le *syphilome* au contraire, plus cuivré, est en général situé plus près du bord libre et s'accompagne de réaction iritique très vive. Si l'ensemble de ces signes peut se retrouver dans les cas typiques, il est loin d'en être toujours ainsi, et que de fois on voit de volumineux condylomes se développer près du bord adhérent, aussi bien qu'au bord libre, chez des sujets en pleine éruption syphilitique. Il faudra donc s'attacher, d'abord à l'examen et à l'interrogatoire complets du malade, et rechercher tout vestige possible de syphilis ou de tuberculose.

En l'absence de tout signe marqué, un traitement antisyphilitique sera appliqué autant contre la syphilis possible que comme traitement antiseptique général luttant contre les toxines diverses et ignorées, autres que celles de la syphilis ou de la tuberculose, qui peuvent certainement engendrer des granulomes iriens.

3° La tumeur est située en arrière de l'iris. — Dans ce cas, ou l'œil est inéclairable (cataracte, occlu-

(1) Extrait du Tome V du *Traité de Chirurgie*, dirigé par MM. Le Dentu et P. Delbet, qui paraît en ce moment.

sion pupillaire), ou il existe un décollement rétinien, ou enfin une masse dont il s'agit de déterminer la nature, est visible.

a. Quand il existe un *décollement rétinien*, les caractères sont généralement différents ; s'il recouvre une tumeur. D'abord il *naît* quelquefois dans une région insolite : en haut, en dehors, en bas, en dehors ; de plus, le décollement supérieur, au lieu de fuser rapidement en bas comme dans les décollements simples, peut rester localisé un certain temps dans la région où il est né. Il faut cependant se rappeler que, d'une part, le décollement devenant total peut ne différer en rien d'un décollement, et que, d'autre part, il existe quelquefois une masse néoplasique recouverte de vaisseaux rétiniens et entourée de plis de rétine décollée (1).

L'*hypertonie* coexistant avec le décollement, est un très bon signe de tumeur, car on sait que presque toujours le décollement rétinien simple s'accompagne d'hypotonie ; mais il y a quelques exceptions : on a pu voir des décollements rétiniens complets avec hypertonie, et un certain nombre de décollements néoplasiques avec hypotonie, surtout pour les tumeurs postérieures. L'*absence* des causes *habituelles* du décollement est encore une présomption, tout en se rappelant que la myopie et le traumatisme peuvent parfaitement précéder le sarcome et embarrasser encore le diagnostic.

Le décollement des tumeurs présente généralement *moins de mobilité et de flottement* que le décollement myopique.

« Un caractère important est tiré de l'examen pratiqué avec un large miroir concave donnant un fort éclairage, lorsque l'observateur, étudiant le fond de l'œil en dirigeant son regard *à côté du miroir*, peut, dans ces conditions, nettement percevoir un relief dépourvu de transparence. Tandis qu'en explorant le fond de l'œil par le trou du miroir, toutes les parties éclairées, choroïde et tumeur, donnent, au-dessous de la rétine détachée, un reflet rougeâtre, il en est tout autrement si l'œil de l'observateur est placé à quelques centimètres à côté du miroir. Dans ce dernier cas, les parties qui, situées au-dessous de la rétine soulevée, forment une *saillie*, pourront seules être perçues, à cause de la divergence que prendront les rayons qui émanent de ces points saillants et qui, seuls, pénétreront partiellement dans l'œil de l'observateur. Il sera alors possible, en se plaçant plus ou moins obliquement, de voir une partie de la pupille occupée par une masse de coloration rougeâtre variable et bien éclairée, alors que le reste du champ pupillaire sera noir, ou montrera à peine une teinte grisâtre inégale renvoyée par la rétine détachée, la choroïde sous-jacente saine ne paraissant pas éclairée et ne donnant pas au décollement son aspect habituel. Le long du bord de la saillie plus ou moins arrondie, formée par la tumeur, on distinguera, se détachant sur la partie noire voisine, un fin liseré grisâtre qui n'est autre que la rétine décollée recouvrant la tumeur. » (De Wecker et Masselon.) Ce qui est plus important encore, c'est la constatation par un rigoureux examen à l'image droite, d'un *double réseau vasculaire*, l'un rétinien, *superficiel*, à vaisseaux volumineux, l'autre profond, capillaire, appartenant à la tumeur. La présence de *taches noirâtres* ou *grisâtres*, mouchetant la masse, accentuera le diagnostic de sarcome.

b. Quand, par suite de lésions *irido-cristalliniennes* ou *cornéennes*, l'examen ophtalmoscopique est impuissant à éclairer le fond de l'œil, on est obligé d'en venir ou à des *interventions exploratrices* ou à un mode d'*éclairage qui ne passe pas par la pupille*. Si la pupille est obstruée (cataracte, occlusion iritique, leucome adhérent), il est, à notre avis, parfaitement justifié de pratiquer une large iridectomie, en haut ou plus souvent en bas, et même, s'il y a lieu, de procéder (après avoir, si le glaucome est très marqué, ramolli l'œil par une sclérotomie antérieure ou postérieure), à l'extraction de la cataracte. Toutes réserves étant faites, il n'y a pas de doute que ces opérations permettant de pratiquer une large brèche *exploratrice*, ne soient absolument autorisées, en face d'une question de vie ou de mort. On s'abstiendra, au contraire, dans la grande majorité des cas, d'une *ponction* au couteau de Graefe. Si elle donne un liquide séreux, elle ne prouve rien, car un petit néoplasme peut coexister avec un vaste décollement contenant ce liquide. Si elle donne du sang, elle ne prouve pas grand'chose non plus, et l'hémorragie ne démontre pas d'une façon certaine qu'il y ait un néoplasme. Si les opérations préparatoires n'ont rien démontré, et si le malade refuse encore l'énucléation, on peut faire cette ponction, mais elle est en général inutile ou dangereuse, et est ordinairement à peu près impossible à interpréter. On a alors tâché d'éclairer l'intérieur de l'œil par la sclérotique. O. Lange (1) proposait déjà de se servir d'une forte lentille et de faire converger sur la sclérotique un faisceau de rayons lumineux destinés à traverser la sclérotique et le décollement, éclairant la pupille, s'il n'y a pas de tumeur, la laissant obscure, si une tumeur existe et ne se laisse pas traverser par les rayons lumineux. Von Reuss, Chibret et surtout Rochon-Duvigneaud, utilisant le principe d'éclairage par transparence usité par les rhinologistes pour l'éclairage des sinus, ont appliqué directement sur la sclérotique une petite lampe électrique. L'œil cocaïnisé la supporte parfaitement et la pupille s'éclaire, même s'il existe une cataracte.

Quelles que soient les espérances qu'avait fait naître l'apparition de ce nouveau et si intéressant procédé d'exploration, il faut reconnaître qu'il expose, lui aussi, à des erreurs. Dans un cas publié par M. Panas (*Arch. d'opht.*, 1896), j'ai appliqué l'éclairage par transparence et remarqué que la pupille, parfaitement éclairable, en faisant agir la lumière en haut, en bas, en dehors, restait invariablement obscure, si on plaçait la lampe en dedans. Une cataracte rendant l'examen ophtalmoscopique impossible, et une ponction sclérale ayant donné du sang, il semblait logique de conclure, en présence de l'hypertonie, à un volumineux sarcome ciliaire interne, interdisant l'éclairage de ce côté. L'énucléation démontra seulement un très petit sarcome de la région maculaire, ayant donné une énorme propagation orbitaire. La région scléroticale inéclairable, examinée histologiquement par Sourdille, montra un mince épanchement de sang localisé en dedans, entre la sclérotique et la choroïde, et ayant suffi à neutraliser l'éclairage en ce point. Ce cas prouve qu'il y a encore des restrictions à faire sur la valeur de l'éclairage par transparence appliqué aux tumeurs et il est urgent de préciser les variations *individuelles* de l'éclairage sur les yeux normaux et pathologiques pour qu'on sache à quoi s'en tenir. Ce procédé ingénieux doit cependant être *régulièrement* appliqué et donnera de fortes présomptions pour la tumeur, si la pupille reste *en tous sens* inéclairable. Si l'inéclairabilité n'est que partielle, le do[illegible] est

(1) Haab. — *Atlas d'Ophtalmoscopie*, pl. LIX. Paris, 1896

(1) O. Lange. — *Klinische Monatsblätter für Augenh[illegible]*, 1884.

permis. L'*absence de signes inflammatoires* est la règle dans les néoplasmes, mais il faut se rappeler que dans quelques cas (nous l'avons nettement observé dans deux cas en particulier) il survient une *irido-cyclite*, à très violente réaction. On se rappellera aussi la possibilité de néoplasies se développant dans des yeux et des *moignons* atrophiés.

c. Si une ou plusieurs masses néoformées sont visibles dans l'intérieur de l'œil, il s'agit maintenant de déterminer quelle est leur nature probable. Mais, avant d'entrer dans le détail du diagnostic différentiel, il faut éliminer, *chez les enfants*, les décollements complets de la rétine, avec disparition totale du corps vitré rétracté, et cristallin resté transparent (*pseudo-gliomes*). Dans un cas où l'œil énucléé nous avait été transmis pour des coupes, la rétine était en totalité décollée et rétractée derrière le cristallin transparent. Un abondant liquide sous-rétinien existait et *aucune hypotonie* n'avait été constatée. *Un double* réseau vasculaire existait également, celui de la rétine et un autre situé dans des restes de corps vitré organisé : il n'y avait aucune synéchie. On peut donc retrouver *tous* les signes du gliome dans de tels cas. La ponction donnerait ici un liquide séreux, mais l'atrophie de l'œil la suivrait rapidement. On essayera d'abord l'éclairage par transparence, après iridectomie, s'il y a des synéchies par trop gênantes; puis, s'il n'y a ni hypertonie croissante, ni antécédents familiaux, ni aucun signe positif de gliome, on en sera réduit, ou à l'expectation armée en surveillant le malade, ou à l'énucléation, au risque d'enlever un œil sans néoplasme, et l'on sait les suites fâcheuses pour le développement de l'orbite et de la face qu'entraîne l'énucléation chez les enfants. On n'opérera qu'après avoir pratiqué l'examen complet du malade par tous les moyens possibles, et après s'être entouré de toutes les garanties. Les mouvements et plus tard la vive réaction inflammatoire aideront à reconnaître le cysticerque.

Du côté de la papille, un examen soigneux éliminera les verrucosités du nerf optique. Rappelons à ce propos que les sarcomes juxta-papillaires coiffent souvent la papille et simulent une tumeur papillaire que seul l'examen histologique pourra différencier. Etant donnée l'extrême rareté des néoformations saillantes de la papille (tuberculose), et l'absence générale de la propagation de la papille des tumeurs mêmes du nerf optique, on sera donc bien rarement autorisé à porter le diagnostic ophtalmoscopique de *tumeur papillaire*. Certains corps étrangers *enkystés* (Haab (1), Fromaget) pourraient tromper, si on n'était prévenu de l'existence antérieure du traumatisme pénétrant. La tuberculose miliaire ne fait guère penser au sarcome : les gliomes au début devront être tenus en observation pour ne point être confondus avec elle; on a même proposé la tuberculine dans ces cas (Pflüger).

La *tuberculose conglomérée* ressemble au contraire beaucoup plus à un néoplasme. D'après Horner et Haab qui en donne un dessin typique (2), outre les antécédents, l'âge et les concomitants, un degré manifeste de choroïdite, un semis jaunâtre dans le voisinage, une papillite, coexisteraient fréquemment avec la tuberculose *massive* de la choroïde. La *gomme ciliaire* a pour elle, quand elle est *précoce*, une violente réaction iritique avec hypotonie et signes manifestes de syphilis. Quand elle est *tardive*, nous conclurions volontiers avec Nitot : 1° Toute tumeur du corps ciliaire chez un sujet manifestement syphilitique doit être d'abord considérée comme une gomme du corps ciliaire; 2° Toute tumeur du corps ciliaire chez un sujet exempt de syphilis acquise ou héréditaire est probablement un mélano-sarcome ciliaire ou une affection tuberculeuse. La *dégénérescence kystique* de la rétine (Panas, Darier), pouvant atteindre les deux yeux, a pu entraîner l'énucléation : dans ce cas plus que rare, on sera très circonspect et on n'énucléera que si des signes positifs (hypertonie, etc.) viennent accentuer le diagnostic de tumeur. Le *décollement choroïdien* se développe presque toujours à la suite d'irido-cyclites anciennes : dans les cas primitifs, on peut observer une proéminence arrondie s'élevant dans le corps vitré : cette proéminence, *lisse et roussâtre*, n'a pas la mobilité du décollement rétinien. On peut observer plus tard la phtisie du globe (de Graefe) avec *hypotonie* marquée : néanmoins on comprend qu'une longue observation puisse seule permettre ce diagnostic délicat. Le diagnostic de néoplasie porté, on pensera au *gliome* chez les enfants avant dix ans, le sarcome étant excessivement rare à cet âge. Les myomes, le sarcome *en nappe*, l'angiome choroïdien ne pourront guère être reconnus qu'à l'examen histologique. Une fois les sarcomes blancs et noirs éliminés, on pourrait penser à un *cancer métastatique* en face de la coexistence ou plus souvent de la constatation antérieure de cancers de la mamelle, du poumon, de l'estomac, d'ostéo-sarcomes. Presque toujours il s'agit d'une tumeur du segment postérieur de l'œil, avec décollement rétinien; fréquemment l'*hypotonie* a été observée ; la lésion plus fréquente à gauche, a été plusieurs fois bilatérale.

Le *traitement* des tumeurs de l'œil sera naturellement radical et aussi précoce que possible, après le traitement antisyphilitique. En présence d'une néoplasie irienne qui, par exclusion, a été considérée comme sarcomateuse, l'extirpation par large iridectomie ne serait permise que si la tumeur a un petit volume et une base d'implantation peu large. Si le néoplasme faisait des progrès, l'énucléation s'impose. Pour toutes les autres tumeurs, perforantes ou non perforantes, l'énucléation est, bien entendu, la seule ressource. Dans quelques cas douteux, que les moyens mis en œuvre n'auront pas pu éclaircir, il vaudra mieux, pour peu que la situation s'aggrave, par les progrès du glaucome par exemple, pratiquer l'énucléation de ces yeux perdus d'avance; mais on sera relativement plus réservé chez les enfants que chez les adultes. L'énucléation sera pratiquée, en sacrifiant tout lambeau de conjonctive suspecte et en sectionnant le nerf optique le plus loin possible. On transformera immédiatement l'opération en *exentération totale du contenu* de l'orbite, s'il a déjà quelques nodules de néoplasme dans les parties molles orbitaires, ou si le nerf optique, au point sectionné, est manifestement envahi par le sarcome ou le gliome. Le sarcome mélanique donnerait 6 p. 100 de guérisons après opération précoce (Fuchs). Le leuco-sarcome guérirait, toutes réserves faites, plus fréquemment (Lagrange). Le pronostic du gliome est plus grave que celui du sarcome, à cause des récidives sur place à bref délai. Un traitement *arsenical* sera donné d'une façon presque continue, après l'opération. On peut se demander avec quelques chirurgiens (Lagrange), si l'évidement de l'*orbite*, pratiqué d'emblée systématiquement pour toute tumeur maligne même restée intraoculaire, surtout pour le gliome, ne donnerait pas des statistiques plus satisfaisantes, au moins au point de vue des récidives locales.

---

(1) Haab. — *Atlas d'opht.*. pl. XLIV.
(2) Haab. — *Ibid.*, pl. LVIII.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance chirurgicale gratuite dans les campagnes.

TROISIÈME ARTICLE.

Dans deux bulletins précédents(1), j'ai montré ce qui a lieu à la campagne lorsqu'il s'agit d'un cancer du sein chez une indigente. Les mêmes arguments peuvent être mis en avant pour les vulgaires *abcès de la mamelle*, si fréquents, — et ce qui est plus fort et moins compréhensible —, même dans la clientèle payante! Il y a quelques jours, en effet, mon ami, M. le Dr H. Delagenière (du Mans), le chirurgien bien connu, qui est plus que personne à même de juger ce qui se passe chaque jour dans la région où il exerce, me contait le fait suivant. Une accouchée, atteinte d'abcès du sein, a été prise d'accidents de septicémie grave par intervention insuffisante. Le médecin traitant s'était borné à de petites mouchetures du sein au bistouri, au lieu d'inciser largement et franchement la mamelle; tout cela pour éviter une anesthésie générale et une hémorragie possible! Par timidité et peur, d'ailleurs très légitime, d'une intervention trop osée, on n'avait fait qu'une opération insuffisante : ce qui faillit entraîner des complications très sérieuses. Evidemment, ce confrère savait ce qu'il y avait à faire et avait eu recours au seul traitement utile. Mais, peu accoutumé à la chirurgie, aux larges interventions, au maniement du bistouri, il n'avait pas eu le courage d'accomplir l'acte que la malade était en droit d'attendre d'une main réellement expérimentée.

Pour les *hernies*, inguinales, ombilicales ou crurales, *étranglées*, on est obligé, quoique à regret, de faire des constatations analogues. Nos excellents confrères de campagne font bien l'intervention indiquée : la *kélotomie*; mais, même à l'heure actuelle, les plus hardis et les plus jeunes d'entre eux ne vont pas plus loin. Ils ne veulent pas se lancer, et en cela ils ont grandement raison, vu leur peu d'expérience de l'intervention, dans la *cure radicale*, qui aujourd'hui est partout le complément obligatoire de toute opération de hernie étranglée. On doit même dire que, s'ils ont sous la main un véritable spécialiste, un chirurgien de profession, ils n'hésitent jamais à le faire appeler : ce en quoi, nous le répétons, ils font encore très bien. Au cours d'une kélotomie, s'ils l'exécutent seuls, et dans de mauvaises conditions, il arrive souvent qu'une gangrène de l'intestin au début échappe à leur œil peu expérimenté. Qu'en résulte-t-il? Ils croient l'intestin absolument sain et ils réduisent! Quelques jours après, l'opéré meurt de péritonite par perforation...

Disons-le encore : Tout le monde a fait son devoir; personne n'est coupable. Et cependant le malade meurt! Ce n'est pourtant pas à lui qu'il faut s'en prendre... Evidemment non, mais à la façon dont les secours lui sont donnés, c'est-à-dire à notre mauvaise conception de l'assistance chirurgicale.

Prenons un exemple qui court les chemins : une fracture compliquée. Supposez un paysan dont la jambe a été écrasée par une roue de sa charrette chargée de fumier! Il faudrait débrider largement, nettoyer la plaie anfractueuse, enlever les esquilles, faire une suture, sinon des os, ce qui n'est pas toujours utile, mais de la peau et des parties molles, etc., etc.; le tout le plus rapidement possible et le plus proprement possible. Comment voulez-vous qu'un brave praticien de village puisse se lancer, dans une chaumière, en rase campagne, à une intervention de ce genre, pourtant absolument indiquée? C'est aujourd'hui littéralement impossible, à moins d'être un Larrey ou un Maisonneuve inconnu et incompris!

Allons plus loin. Voici un enfant atteint d'appendicite. L'intervention s'impose immédiatement. Est-ce qu'un médecin, qui n'a jamais eu l'occasion de faire lui-même cette opération pendant son séjour dans les hôpitaux où il a appris son métier, osera se lancer dans une incision de la fosse iliaque? Certainement non, si c'est un homme sérieux, qui a conscience de son inexpérience en la matière.

Vous le voyez donc bien, pour être utile à un grand nombre de malades pauvres, il faut désormais autre chose qu'un médecin pratiquant, autre chose que la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite! Il faut un chirurgien très compétent, sachant parfaitement son métier, — car il joue la vie des autres —, et il faut le placer dans des conditions telles qu'il puisse utiliser les données de la science moderne pour le plus grand profit des indigents blessés qu'on lui confie.

Comment se le procurer? Comment lui donner le local et les matériaux, dont il a besoin pour l'exercice de sa profession *spéciale*? C'est ce que j'essaierai de vous expliquer dans une série d'articles ultérieurs.

Marcel BAUDOUIN.

(1) Voir *Progrès Médical* nos du 20 février et du 20 mars 1897.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 avril. — PRÉSIDENCE DE M. DUPUY.

M. Ch. RICHET présente deux lapins injectés, l'un avec du *sérum d'anguille pur*; l'autre avec du sérum mélangé *in vitro* de sérum antitoxique. Le premier animal est tué rapidement, et M. Richet en conclut à une action chimique des deux sérums l'un sur l'autre.

M. PHISALIX n'est pas partisan de l'*action chimique*. Il existe autre chose, puisque l'immunisation réussit dans l'économie lorsque l'on emploie successivement les deux substances au lieu de les mélanger *in vitro*.

M. GERARD (de Toulouse) adresse une note sur l'*intoxication lente par le sous-nitrate de bismuth*. Elle se produit, dans certains cas, chez les dyspeptiques dont l'estomac contient beaucoup d'acide lactique qui peut transformer le sous-nitrate de bismuth.

M. ERLANGER a étudié l'*origine des centrosomes* de l'œuf fécondé sur l'objet d'études ordinaire, l'œuf de l'Ascaris mesocéphale. Il a constaté que ce centrosome provenait toujours du cystoplasma de la tête du spermatozoïde.

MM. RENOU et LACAILLE ont étudié par la *radiographie un cas d'affection du thorax*, pour lequel on pensait à une suppuration d'origine ganglionnaire, et qui reconnaissait pour cause une artérite de l'artère sous-clavière gauche.

M. WEISS a construit un *appareil à circulation artificielle fixe* avec lequel il a comparé les différents modèles de sphygmomètres usités actuellement, et il montre que les tracés fournis par chaque appareil diffèrent plus ou moins considérablement les uns des autres.

M. Josué analyse les *modifications histologiques de la moelle osseuse* sous l'influence des injections de sérum anti-streptococcique.

M. Phisalix. — Il est connu depuis longtemps que les animaux carnassiers sont réfractaires à l'*infection charbonneuse*. On pouvait penser, d'après les expériences classiques de M. Chauveau sur le mouton de Barbarie, de Pasteur sur les poules, que cette non-réceptivité cesserait si l'on mettait les carnassiers dans des circonstances défavorables. En effet, l'auteur a pu constater qu'une panthère et d'autres carnassiers du Muséum, nourris impunément de viande charbonneuse en temps ordinaire, ont contracté l'affection à la suite de refroidissements, qui les avaient considérablement affaiblis. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 *avril.* — Présidence de M. Caventou.

Polypes des fosses nasales.

M. Péan rapporte les observations de quatre malades qui ont présenté : le premier des polypes myxo-glandulaires, le second des polypes vasculaires. le troisième des polypes fibreux et le quatrième des polypes tuberculeux des fosses nasales. Ces faits, d'un réel intérêt pratique, prouvent qu'il ne faut pas craindre, quand il s'agit de polypes glandulaires, vasculaires ou fibreux des fosses nasales, c'est-à-dire de tumeurs considérées comme bénignes, lorsqu'elles sont étendues, multiples et qu'elles ont de la tendance à la récidive, de les enlever très largement, toutes les fois que la chose est possible, et au besoin, d'enlever en même temps la pituitaire et le squelette osseux sous-jacent, quand ils ont de la tendance à subir la dégénérescence maligne. La quatrième observation montre de plus le parti que l'on peut tirer de la prothèse quand elle est faite méthodiquement dans cette région comme dans d'autres régions de la face, avec des lamelles métalliques inaltérables, minces, fenêtrées, si l'on a soin de mettre ces lamelles entre les os et le périoste.

M. Péan montre en terminant trois radiographies ayant permis dans deux cas de reconnaître la présence et la situation, dans un troisième de reconnaître l'évacuation de pièces de monnaie avalées.

Prophylaxie de la peste.

A propos d'une question de M. L. Colin sur deux cas de peste observés à Londres, M. Brouardel montre que les mesures de prophylaxie prises sont suffisantes. La peste, qui est avant tout une maladie de saleté, peut être enrayée en Europe avec une facilité particulière.

Le bleu de méthyle dans les fièvres paludéennes.

M. Laveran lit un rapport sur un travail de M. Cardamatis (d'Athènes) relatif à ce mode de traitement. Il ne saurait remplacer la quinine dans les fièvres graves. Il est particulièrement indiqué chez les malades offrant de l'hémoglobinurie sous l'influence de la quinine, chez les enfants en raison de sa saveur peu désagréable, chez les femmes enceintes en raison des dangers d'avortement par la quinine. L'administration journalière chez l'adulte à la dose de 0 gr. 60 à 1 gr. paraît être sans inconvénient; quelquefois cependant il se produit une légère cystite, qui cesse dès qu'on interrompt la médication.

Nouveau cystoscope.

M. F. Guyon présente, au nom de M. Albarran, un nouveau cystoscope offrant comme faiblesse de calibre, étendue et clarté du champ visuel, de très grands avantages.

L'appendicite.

M. Reclus rapporte en réponse à M. Dieulafoy seize observations dont douze vérifiées par l'intervention chirurgicale d'appendicite consécutive à l'entéro-colite. Assurément il n'irait pas jusqu'à proposer l'extirpation préventive aux malades atteints d'entéro-colite, il la proposerait d'autant moins qu'il ne la propose même pas toujours dans les appendicites déjà déclarées; il lui est arrivé souvent d'attendre la deuxième ou la troisième crise, bien que, sur ce point, il soit presque de l'avis de Roux, de Lausanne, et répéterait volontiers avec lui que lorsqu'on a, ou lorsqu'on a eu une appendicite, on ne doit pas avoir l'âme tranquille et l'esprit en repos que lorsque on a un appendice, non dans sa fosse iliaque droite, mais dans sa poche.

M. Robin étudie les rapports de l'appendicite avec l'hypersthénie gastrique ou dyspepsie acide. Celle-ci a pour conséquence la coprostase et l'entérite mucomembraneuse. Par suite, les évacuants doux comme l'huile de ricin, la belladone, l'irrigation intestinale sont les meilleurs prophylactiques bien supérieurs aux antiseptiques intestinaux.

Dans le cas de colique appendiculaire, on emploiera les injections de morphine, la pommade ou le liniment opiacés et les pilules suivantes :

Codéine	0 gr. 3 centigr.
Essence de gentiane.	Q. S. pour une pilule.

Une pilule toutes les huit heures.

Comme régime M. Robin recommande aux malades de s'en tenir aux viandes grillées et rôties, hachées même et mâchées lentement, aux poissons, aux légumes en purée, aux œufs à la coque, aux fruits cuits. Comme boisson l'eau pure ou une eau minérale indifférente. A la fin du repas, une tasse d'une infusion très chaude et très légère de thé. La repas fini, le malade s'étend sur un fauteuil avec un sac d'eau chaude sur son estomac et il demeure ainsi pendant une demi-heure au moins dans la plus complète immobilité. Sur 82 malades atteints d'accidents préappendiculaires et traités de cette façon, trois seulement ont dû être opérés parce qu'ils s'étaient écartés du régime. Le même traitement s'appliquera à l'entéro-colite mucomembraneuse. Ici encore, en effet, les grandes irrigations intestinales et l'usage régulier de l'huile de ricin à petites doses, associés au régime et au traitement spécial de l'hypersthénie gastrique, donneront les meilleurs résultats.

Cette séance, déjà si intéressante et si chargée, se termine par un rapport de M. Panas relatif à un travail de M. Dianoux, de Nantes, sur les *avantages d'une iridectomie partielle dans le traitement du glaucome chronique*, et par une étude de M. Guépin sur les *formes curables et le traitement de l'hypertrophie prostatique*.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 *avril* 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Amputation de Syme.

M. Delorme a pratiqué sept fois cette opération. Dans les ostéo-arthrites tuberculeuses de l'arrière-pied, cette intervention est bien supérieure à toutes les autres.

M. Ricard ne veut parler que d'un procédé qui a été peut-être peu souvent employé. Ce procédé consiste à enlever les os et les parties molles, mais en gardant dans son entier le calcanéum. C'est à la suite d'un fait qu'il croit nouveau qu'il employa ce procédé. Un malade, tombé d'un train en marche, avait un écrasement du pied. Après avoir régularisé, il pratiqua l'astragalectomie et remit le calcanéum en place entre la mortaise tibio-périonière. La réunion se fit par première intention. Excellente plante du pied et talon complet mobile sur la mortaise tibiale. Deux ans après, il a refait cette opération. Il enleva le scaphoïde et l'astragale, en laissant le calcanéum dans la mortaise tibiale. Le malade guérit. Cette opération est une astragalectomie, opération bien réglée, qui laisse une néo-articulation avec mouvement. Suture très intime et très aseptique des lambeaux antérieurs. C'est une opération de Chopart avec astragalectomie, et un Pasquier-Lefort sans résection du calcanéum.

M. Lejars a fait trois opérations de Syme pour tuberculose ou ostéo-sarcome. Les résultats fonctionnels et éloignés sont bons.

M. Lucas-Championnière. — M. Ricard a un véritable lambeau osseux avec parties molles. Il a ce résultat qu'on remarque

chez les malades qu'on opère pour pied bot, même sans section du tendon d'Achille. Le malade marche sur une surface naturelle et il conserve des mouvements dans sa nouvelle articulation tibio-calcanéenne. Le résultat signalé est important parce qu'il y a un véritable point d'appui et un point d'appui normal.

M. Berger. — Ce qui paraît étonnant, c'est que M. Ricard ait obtenu un raccourcissement suffisant en supprimant l'astragale pour appliquer son calcanéum et réunir son lambeau antérieur. Les opérés de Chopart, quand on a évité des suppurations du tendon d'Achille, marchent parfaitement sans aucun mouvement.

Arthrotomie de la hanche et curettage.

M. Ménard. — Tous les cas qu'il a eus à opérer ont toujours été préparés par des injections de naphtol camphré. L'abcès de la coxalgie modifié par des injections successives se modifie, diminue, mais persiste. Jusqu'à 1875, il n'avait opéré que deux malades; mais deux faits favorables l'ont engagé à renouveler ce traitement. Il a refait l'arthrotomie de la hanche et s'est décidé à intervenir un peu plus tôt dans les cas réfractaires aux injections.

M. Kirmisson présente un malade atteint de *pied plat valgus. Double opération d'Ogston.*

M. Reclus présente quelques cas de *fractures traitées par la méthode ambulatoire.* M. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 31 *mars* 1897. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. le Dr Saint-Yves Ménard. — *Prophylaxie de la variole.* — Avant la loi de 1892 sur la déclaration des maladies, un varioleux, atteint dans une maison, exposait tous les locataires, et d'autres cas de variole se déclaraient dans la maison et dans le quartier. Plus tard on a désinfecté les locaux, ce qui était déjà un grand progrès. Souvent d'autres locataires ignoraient même qu'il y avait de la variole. L'administration, autre progrès, prévenait le quartier que des vaccinations gratuites avaient lieu à la mairie; mais peu d'habitants répondaient à ces appels. Du jour où la variole a dû être déclarée, nous avons pensé, M. Chambon et moi, qu'il était nécessaire de faire des revaccinations au domicile des varioleux; à Nanterre, à Bois-Colombes nous avons ainsi obtenu d'excellents résultats. En général on arrive, au premier cas de variole, à vacciner 30 0/0 des locataires; à la seconde variole presque tous les locataires se laissent vacciner. Le plus grand nombre des cas de variole sont restés isolés; rarement deux malades dans la même maison. On peut affirmer que ces mesures d'hygiène sont capables d'arrêter la marche de la variole et les épidémies; de petits foyers de variole ont pu être éteints très rapidement à la fin de décembre de l'année dernière.

M. Vallin demande pourquoi ne pas préférer la vaccination de tube à bras à la vaccination de pis à bras : c'est une méthode qui coute moins cher et qui donne de meilleurs résultats; au lieu de 20 0/0 de succès, avec la pulpe glycérinée, on arrive à 50 à 60 0 0 de succès.

M. Saint-Yves Ménard. — L'activité du vaccin pris sur la génisse est plus virulente que celui de pulpe.

M. Bertillon. — La *puériculture à bon marché.*

Martha.

La plus vieille Université du monde. — La plus vieille Université du globe est celle de Fez au Maroc, l'Université Kéroauine, comme elle s'appelle, fondée au onzième siècle par une dame de Kairouan en Tunisie, Fatma la Sainte. Non seulement c'est la première en date des Universités; mais ce fut pendant tout le dixième et le onzième siècle à peu près la source unique où vinrent s'abreuver les disciples des sciences arabes et chrétiens. Il n'est pas douteux que Fez n'ait compté à cette époque et jusqu'à la fondation des Universités de Paris, d'Oxford et de Cambridge des étudiants andalous, *français* et même anglais, aussi bien que des étudiants tunisiens, égyptiens, tripolitains et congolais.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — Traitement de la tuberculose par la tuberculine résiduelle de R. Koch. — *Deutsch. med. Wochenschr.*, avril 1897.

I. — Le savant berlinois Koch a continué patiemment ses *recherches sur l'immunisation de la tuberculose.* La tuberculine n'a été qu'un demi-échec, car son emploi est encore précieux dans le diagnostic précoce de la tuberculose en médecine vétérinaire. En poussant plus loin ses études sur la chimie du bacille tuberculeux, R. Koch aurait découvert cette fois réellement le remède de la tuberculose. En triturant les cultures très virulentes de bacilles tuberculeux et en les soumettant à l'action centrifuge, il est parvenu à séparer les acides gras qui entrent dans la composition du bacille tuberculeux et qui lui permettent de fixer la fuchsine phéniquée d'une façon plus stable que les autres bacilles. Avec le résidu de la centrifugation, il obtient ce qu'il appelle la *tuberculine résiduelle*, qui sert à préparer les liquides destinés à immuniser. Ces liquides, additionnés de glycérine, injectés sous la peau avec prudence et à doses progressivement croissantes tous les deux jours, non seulement détermineraient l'immunité, mais bien la guérison de la tuberculose, à la condition toutefois que l'état du malade permette de faire le traitement assez longtemps et qu'il n'y ait pas de microbes pyogènes associés à la tuberculose comme dans la période ultime de la phtisie pulmonaire. Koch commence par injecter une dose de 1/500e de milligramme de tuberculine résiduelle et arrive à en injecter jusqu'à 20 milligrammes. Pour cesser le traitement, il faut que cette dose ne provoque pas de réaction.

Si le grand bactériologiste a réellement découvert le remède de la tuberculose, nul ne saurait assez applaudir à cette merveilleuse conquête scientifique. Une ombre restera néanmoins à la gloire de R. Koch; sa découverte actuelle daterait de novembre 1896 et, avant de la publier, le savant berlinois aurait attendu qu'une fabrique spéciale fût en mesure d'en vendre au public. Ce côté commercial de l'histoire des grandes découvertes n'est pas en usage chez nous. Pasteur ne nous en avait pas donné l'habitude; sans rien diminuer à la valeur de R. Koch, ce détail prouve que si la France n'a pas le monopole de toutes les grandes trouvailles scientifiques, ses savants ont au moins celui d'un noble désintéressement. Dans leur cœur, l'amour de l'humanité et de la science n'a pas laissé de place aux calculs intéressés d'une exploitation commerciale.

II. — Quelques considérations sur l'action du lycétol par R. de Tollenaere. — *Belgique médicale,* janvier 1897.

II. — Le *lycétol* ou tartrate de diméthylpipérazine serait d'une efficacité remarquable dans la goutte. Combiné à un régime sévère, il empêcherait les attaques douloureuses de se produire chez les goutteux chroniques et amènerait même la résorption des tophus. Les expérimentations de M. de Tollenaere tendent à admettre son efficacité au moins dans les premiers jours où on l'administre dans la goutte, le rhumatisme chronique et la sciatique. Il est aussi utile dans certains cas de rhumatisme articulaire aigu où l'action du salicylate ne se manifeste pas. Son administration dans l'arthritie déformante en donne aucun résultat.

On le prescrit à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour en plusieurs fois et chaque ingestion est accompagnée de l'absorption d'un verre d'eau. Son usage peut se prolonger durant plusieurs semaines. Au bout de vingt-quatre heures, le lycétol détermine une sédation de la douleur et une diurèse abondante. Il ne causerait aucun trouble gastrique, ni rénal.

III. — Traité de thérapeutique et de matière médicale: par V. Aud'houi. — G. Steinheil, édit., 1897.

III. — Le *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de M. V. Aud'houi est un volumineux ouvrage de plus de 1.000 pages où l'auteur a exposé la thérapeutique et la pharmacologie en suivant une méthode originale, fruit de sa longue expérience de médecin praticien.

Après des considérations générales sur l'art de guérir et la pharmacologie, M. V. Aud'houi aborde l'étude des actions médicinales qu'il divise en actions rationnelles et en actions

empiriques. Les actions rationnelles sont de cause externe comme l'antisepsie, par exemple, ou de cause interne, comme les médications stimulantes, trophosthéniques, etc.

Les actions empiriques remplissent un cadre de plus en plus restreint; certaines reposent sur des conceptions physiques ou physiologiques, d'autres sur des conceptions purement métaphysiques.

Le traité de M. Aud'houi offre le double avantage d'unir dans une même œuvre les découvertes scientifiques les plus récentes à l expérience solide d'une longue pratique.

IV. — Contribution à l'étude médicale des séneçons; par Max Sigaut. — H. Jouve édit., 1896.

IV. — M. Sigaut rappelle que la médecine populaire use depuis longtemps des *séneçons* indigènes comme emménagogues. Deux alcaloïdes, la sénécionine et la sénécine, localisés dans les parties souterraines de la plante, lui donnent leurs propriétés. Ces propriétés consistent en la suppression de l'excitabilité des nerfs moteurs en laissant intacte l'irritabilité propre du muscle. La sénécionine diminuerait aussi le nombre des battements du cœur.

Les extraits de séneçon seraient de bons emménagogues, sans être abortifs à dose normale. On les administre sous forme d'extraits secs en bols de 0 gr. 25. La dose maxima serait de 2 gr. 50 en vingt-quatre heures.

Les séneçons exotiques ne sont pas analogues aux séneçons indigènes. Certaines espèces du Mexique jouissent de propriétés convulsivantes. J. Noir.

CORRESPONDANCE

A propos du Congrès de Médecine de Montpellier. (12 avril 1898).

Montpellier, le 1er avril 1897.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Les journaux de médecine viennent d'annoncer que le prochain Congrès international d'Hygiène et de Démographie, qui doit se tenir à Madrid, est renvoyé d'octobre 1897 à *avril* 1898. Or, le quatrième Congrès français de Médecine doit avoir lieu à Montpellier le 12 *avril* 1898, sous la présidence du Pr Bernheim (de Nancy). Cette date a été fixée par un vote, en assemblée générale, du Congrès de Nancy et publiée dès cette époque (août 1896) dans tous les journaux de médecine. Les questions à l'ordre du jour sont choisies, les rapporteurs désignés... Il ne serait plus au pouvoir de personne de modifier cette date. Ne vous semblerait-il pas, comme à nous, profondément regrettable que ces deux Congrès aient lieu à la même époque? La coïncidence des dates ne pourrait que nuire gravement à l'une et à l'autre de ces réunions scientifiques qui s'adressent, au moins en grande partie, au même personnel médical. Le bureau du prochain Congrès français de Médecine s'est ému de cette éventualité et a demandé au comité d'organisation de Madrid de vouloir bien fixer le Congrès d'Hygiène au plus tôt au 19 avril 1898, ou le renvoyer à telle autre date ultérieure qui plaira mieux. Si vous partagez notre manière de voir, nous vous serions reconnaissants de vouloir bien donner publiquement la précieuse adhésion de votre journal à notre requête.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef et cher confrère, l'assurance de mon respectueux et affectueux dévouement.

Pr Grasset,
Vice-président du quatrième Congrès français de Médecine,
Président du Comité d'organisation à Montpellier.

Nous attirons spécialement l'attention de nos confrères espagnols sur la question soulevée par M. le Pr Grasset. Il y a, en effet, un intérêt réel à ce que ces deux Congrès n'aient pas lieu en même temps. — Ne pourrait-on pas avancer un peu celui de Madrid, et le faire commencer, par exemple, huit jours avant la Semaine sainte : ce qui permettrait aux Congressistes de rester en Espagne et particulièrement en Andalousie pendant la Semaine sainte et de venir en France ensuite assister au Congrès de Montpellier! Nous supplions les médecins espagnols d'étudier cette question avec soin, pour éviter tout conflit et surtout pour être utile à la majorité. M. B.

THÉRAPEUTIQUE

Un nouvel antiseptique: Le Laurénol.

L'auteur impartial qui écrira l'histoire de la médecine au xixe siècle devra dire qu'à aucune époque il n'a été fait autant qu'en ces dernières années pour l'amélioration du sort de ceux qui souffrent. C'est que jamais les sciences n'ont apporté à la médecine un concours aussi large, c'est que jamais l'esprit de libre examen n'avait pénétré aussi profondément dans le corps médical. Voici, pour ne citer qu'une science, la chimie qui chaque jour ménage d'audacieuses combinaisons, crée des corps nouveaux dont elle désigne d'avance les propriétés, et le médecin vient, étudie, essaye, contrôle et catalogue enfin, s'il est satisfait, le nouveau venu au grand livre de la matière médicale. Telle a été la simple histoire d'un antiseptique, le *Laurénol*, qui nous est venu après avoir passé par le laboratoire municipal, par le Laboratoire de micrographie de la Ville de Paris et par celui de M. le Dr Latteux, ancien chef du laboratoire d'histologie de la Faculté. Les essais avaient porté sur de l'eau additionnée de sang putréfié. Le nombre des colonies était d'environ 80.000 par centimètre cube; après addition de 1 centimètre cube de Laurénol, nombre des colonies : 0.

Sur de l'eau d'égout filtrée : 700.000 colonies environ; après addition de 1 centimètre cube de Laurénol, nombre des colonies : 0.

Les essais faits par M. le Dr Latteux avaient porté sur les genres suivants :

M. pyogenus aureus; bacilus anthracis; diphtérie; bacille pyocyanique; bacilus coli communis; microbes de l'air.

La stérilisation des milieux de culture par le Laurénol a été obtenue entre 2 et 3 0/0.

Une substance qui se présentait sous de tels auspices ne pouvait rester longtemps sans applications médicales; les premiers pansements faits avec la solution à 3 0/0 modifiaient si rapidement les sécrétions purulentes et donnaient une telle activité à la cicatrisation, qu'on a multiplié les essais. C'est ainsi que divers cas de métrite chronique et de métrite aiguë ont été traités avec succès; l'odeur des sécrétions a disparu dès la troisième injection. Une primipare, dont les couches avaient été laborieuses, a eu, grâce aux injections d'eau laurénolée à 2 et 3 0/0, un rétablissement rapide; son médecin n'emploie plus maintenant que le Laurénol pour ses clientes. Combien nous en savons qui vont mettre de côté les solutions phéniquées, si dangereuses qu'on devrait en réglementer la vente, et les solutions de sublimé corrosif dont le nom seul inspire tant de craintes justifiées?

Génie et Maladie. — M. le Dr Toulouse continue la série de ses investigations médico-psychologiques sur les célébrités contemporaines. On sait ce qu'il a écrit sur M. Emile Zola. Il s'est adressé également à M. Berthelot; mais l'auteur de la thermochimie paraît n'avoir pas mis autant de complaisance que M. Zola à se prêter aux études de M. Toulouse. Il lui a accordé deux séances, lui a donné quelques détails sur sa vie, ses études, ses procédés de travail et, finalement, lui a declaré que ses nombreuses occupations l'empêchent de poursuivre des études aussi complexes et aussi longues. M. Berthelot a ajouté qu'il ne peut convenir à tout le monde d'être motif à d'aussi minutieuses recherches, d'être expliqué, commenté, déshabillé durant tout un volume. « Ce bruit, autour de mon existence si simple et si fermée, a-t-il dit, m'effrayerait trop, et je laisse à d'autres le soin de servir de sujet à M. Toulouse pour ses intéressants travaux. » M. Toulouse, qui a du abandonner aussi Mme Sarah Bernhardt, puis Mme Jane Hading, aurait trouvé meilleur accueil auprès du sculpteur Dalou et de M. Poincaré, membre de l'Institut.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

M. le Dr Louis-Gustave RICHELOT (de Paris).

M. le Dr Louis-Gustave RICHELOT, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de Médecine, qui vient d'être nommé membre de l'Académie de Médecine dans la section de Médecine opératoire par 71 voix pour 80 votants, est né à Paris, le 14 novembre 1844.

Fils d'un praticien des plus connus, Gustave Richelot, rédacteur de l'*Union médicale* et écrivain apprécié, le jeune Richelot fit ses études médicales sous l'habile direction paternelle et fut reçu interne des hôpitaux en 1868, le premier de sa promotion. En 1871, il obtenait la première mention et, en 1872, la médaille d'argent de l'internat; il était nommé aide d'anatomie la même année. En 1874, il était prosecteur.

Comme tous les jeunes d'avenir, il commença à publier dès son internat. On retrouvera plus loin l'indication de ses premiers travaux. Rappelons seulement qu'en 1873, il passa sa thèse, qui a pour titre : *De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement.*



M. le Dr L.-G. RICHELOT (de Paris).

En 1878, Richelot était nommé, au concours, professeur agrégé de chirurgie et deux années plus tard chirurgien des hôpitaux (1880). Carrière chirurgicale des plus régulières, comme on le voit. Rien n'est laissé au hasard, et la filière classique est suivie avec le plus constant succès.

Orateur toujours jeune, à la parole facile, écrivain à la plume alerte, Richelot voulut, lui aussi, être journaliste. N'est-ce pas l'ambition de tout chirurgien, qui a foi en son étoile? Il prit donc la direction de l'*Union médicale*, journal au passé brillant, très brillant même, au temps ancien d'Amédée Latour et de Richelot père, et la garda quelques années. Mais, quand la clientèle vint avec les cheveux blancs, il dut céder le sceptre de rédacteur en chef à son collègue des hôpitaux, notre ami E. Rochard. Je me garderai bien d'ajouter que ce fut là la cause du décès de cette antique gazette, car, dès M. Richelot fils, l'*Union médicale* ne battait que d'une aile. Pour être journaliste, même scientifique, c'est-à-dire commerçant, il faut des qualités — pourquoi ne pas vouloir le reconnaître ? — qui n'ont rien à voir avec la médecine ou la chirurgie !

M. Richelot, qui est donc chirurgien avant tout, est membre honoraire de la Société anatomique, membre de la Société de Chirurgie, de la Société obstétricale et gynécologique, et même membre actif de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie et de la Société de médecine. Il est actuellement, depuis 1893, titulaire à l'hôpital Saint-Louis, après avoir été à Tenon de 1888 à cette époque. Sa décoration de Chevalier de la Légion d'honneur remonte à 1892.

Les titres de ce praticien, au point de vue de l'enseignement, sont non moins nombreux. De 1873 à 1876, il a fait des cours d'anatomie et de médecine opératoire à l'Ecole pratique. Pendant les vacances de 1879, 1880 et 1882, il a suppléé à l'Hôtel-Dieu le Pr A. Richet, dans la chaire de clinique chirurgicale. En 1884 et 1887, il a été chargé des conférences de pathologie externe à la Faculté de Médecine, et en 1886 du cours de pathologie chirurgicale en remplacement du Pr Guyon. En 1893, enfin, il a fait des conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis.

M. Richelot est l'auteur de plus de 150 mémoires ayant trait à la pratique chirurgicale, sans compter les matériaux qu'il a fournis pour les thèses de ses élèves, et les nombreux articles de revue parus dans l'*Union médicale*. Les énumérer ici serait fastidieux, même en accompagnant les titres de réflexions plus ou moins critiques. Bornons-nous à quelques mots sur ses principaux travaux.

Au début de ses études, ce chirurgien a publié quelques recherches, qui sont demeurées classiques, sur les *nerfs collatéraux des doigts*. Cette véritable découverte anatomique l'amena à s'occuper plus tard des *plaies des nerfs de la main*. Sa première thèse d'agrégation date de 1875 et a pour titre : *Pathogénie, marche et terminaison du tétanos* (1875); cette remarquable monographie est aussi importante que sa seconde thèse d'agrégation, soutenue trois ans plus tard sur les *tumeurs kystiques de la mamelle*. A partir de 1880, M. Richelot aborde les questions les plus diverses de médecine opératoire et de pathologie chirurgicale. En 1881, il pratique la *thyroïdectomie*; en 1882, il imagine un nouveau procédé pour traiter la *fistule du canal de Sténon*, etc., vante la laryngotomie intercricothyroïdienne, un de ses sujets favoris, sur lequel il est revenu encore l'année dernière (1896). Citons encore, avant d'en arriver à la chirurgie abdominale, ses études sur l'*impotence fonctionnelle du triceps après les fractures de la rotule* et l'*arthrectomie du genou*.

Vers 1885-1888, M. Richelot se lança à son tour dans la voie nouvelle, ouverte en France par Lucas-Championnière et Terrier, dont il fut le premier assistant à Bichat dès 1883-1884; et il s'adonna d'une façon toute particulière à la gynécologie et aux laparotomies. Il s'est surtout occupé de l'*hystérectomie vaginale* et l'un des instruments indispensables à cette opération porte le nom de *pince de Richelot*. Sans compter ses nombreux mémoires publiés sur ce sujet passionnant, citons le livre de 500 pages qu'il a publié en 1894 : L'*hystérectomie vaginale contre le cancer utérin et les affections non cancéreuses* (Paris, O. Doin), étude très personnelle, basée sur près de 300 interventions. M. Richelot a dépassé aujourd'hui le joli chiffre de 600 hystérectomies vaginales...

A côté de ce bel ouvrage, mentionnons, pour terminer, sa fameuse communication sur le *procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale*, qui fit beaucoup de bruit, peut-être à cause du titre choisi. Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'un manuel opératoire très original, quoiqu'un peu délaissé aujourd'hui.

Nous n'aboutirions pas, s'il fallait continuer plus longtemps la revue des mémoires de ce fécond écrivain ; on en trouvera d'ailleurs la liste dans son exposé de titres, paru en 1894. Bornons-nous à reproduire ici, ceux, plus récents, dont l'indication ne s'y trouve pas.

L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes (Congrès international de gynécol. et d'obst., 1re session, Bruxelles, 1892). — *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses* (Paris, O. Doin, 1894, 1 vol. de 450 pages) (analyse de Sébileau). — *Sur le traitement du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale* (Soc. de Chir., 3 janvier 1894). — *Sur les laparotomies exploratrices dans les affections de l'estomac* (Soc. de chir., 23 mai 1894). — *Exstrophie de la vessie* (Soc. de Chir., 18 juillet 1894). — *L'hydrothérapie marine et les arthritiques nerveux* (Congrès de Boulogne-sur-Mer, juillet 1894, et *Union méd.*, 9 août 1894). — *Rapport sur*

un cas de résection du cæcum par Hartmann (Soc. de chir., 31 octobre 1894). — *Remarques sur l'appendicite* (Union méd., 12 janvier 1895). — *Fibromes et électricité* (Union méd., 2 février 1895). — *Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins* (Soc. de chir., 24 avril et 26 juin, et *Union méd.*, 4 mai 1895). — *Péritonite tuberculeuse* (*Union méd.*, 3 août 1895). — *Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale* (Congrès français de chir., 26 octobre 1895. — *L'hystérectomie abdominale totale* (Ibid.). — *La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, rapport sur Gougenheim* (Soc. de chir., 22 avril, et *Union méd.*, 25 avril 1896). — *Sur le traitement des suppurations pelviennes* (Congrès de gynécologie et d'obstétrique, Genève, 1896, et *Annales de gynécologie*). — *Sur le traitement des prolapsus génitaux* (Congrès français de chirurgie, 24 octobre 1896, et *Annales de gynécologie*). — *L'hystérectomie abdominale totale contre les fibromes utérins* (*Revue de gynécologie de Pozzi*, avril 1897).

Tous les médecins connaissent l'homme, un homme excelent, et un confrère charmant. Tous, nous en sommes certain, ont donc applaudi au choix de l'Académie. Puisqu'on rentre dans le giron de la docte assemblée à son tour et à son rang, c'est avec justice qu'on a décerné ce nouveau galon au praticien expérimenté, au maître très goûté des élèves. La Faculté de Médecine suivra-t-elle cet exemple? Peut-être, s'il y a un jour des places en quantité plus grande! Marcel BAUDOUIN.

BIBLIOGRAPHIE

La médecine à Grenoble. Notes pour servir à l'histoire de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie; par le Dr A. BORDIER, directeur. — Grenoble, Vve Rigaudin, impr., 1896.

Le très intéressant ouvrage de M. Bordier, sur l'histoire de la médecine à Grenoble, permet de juger que, dans les grandes villes du centre, les questions sanitaires ne furent pas complètement négligées au moyen âge. Au XIVe siècle, Grenoble était pourvu d'un médecin municipal (*medicus pecunarius*) auquel on adjoignit peu après un barbier et un apothicaire. Notons en passant que ces médecins municipaux existaient dans nombre de municipes romains, et qu'Ambroise Paré, dans ses œuvres, parle d'un médecin municipal de Lucques, en Italie, durant le XIIIe siècle. M. Bordier suit les médecins municipaux qui se succèdent et sont remplacés au XVe siècle par les conseillers médecins du roi. Il fait une description très documentée des diverses épidémies de peste qui terrorisèrent Grenoble au XVIe et XVIIe siècles et amenèrent la création des fonctions de sous-intendant de la santé et de capitaine de la santé. L'histoire de l'Université Gratiopolitaine, de sa décadence, de sa renaissance, celle des corporations des médecins, des chirurgiens et apothicaires qui se réunissent en un seul corps, le corps de la médecine dont M. Bordier publie les statuts, la fondation et le développement des établissements hospitaliers de Grenoble se succèdent dans autant d'intéressants chapitres et nous conduisent à la création de l'Ecole publique de Chirurgie en 1771, réorganisée en l'an XII et transformée en Ecole secondaire de Médecine en 1820. M. Bordier continue, jusqu'en 1894, l'histoire de l'Ecole de Médecine de Grenoble, époque de sa dernière réorganisation. Il serait à souhaiter que l'exemple de M. Bordier fût imité dans les diverses villes de France. Au moment où l'on tente la décentralisation de l'enseignement supérieur par la résurrection des Universités, il serait bon de faciliter cette réforme en faisant renaître les traditions et connaître l'histoire des anciens centres universitaires. J. NOIR.

La thérapeutique des vieux maîtres; par le Dr CH. FIESSINGER, (d'Oyonnax). — Soc. d'Edit. scient., 1897.

L'histoire de la Médecine est remplie d'excellents enseignements et M. Fiessinger en exposant dans un style pittoresque la thérapeutique des vieux maîtres a su, tout en critiquant des doctrines qui nous paraissent aujourd'hui ridicules, rendre justice au génie d'observation de la plupart d'entre eux, qui ont puissamment aidé à la lente évolution de la médecine contemporaine. Qui nous dit que dans un siècle certaines hypothèses qui nous semblent très logiques ne paraîtront pas aussi bizarres que les théories d'Avicenne, de Paracelse, de Valleriola et de Mercuriali?

Certains de ces vieux maîtres ont émis des hypothèses de génie qui nous stupéfient; nous n'en retiendrons qu'un, Fracastor, qui est le véritable précurseur de Pasteur. « Les germes des contagions, a dit en propres termes Fracastor, sont des infiniment petits, qui ne tombent pas sous nos sens, qui naissent dans notre corps ou y sont apportés du dehors et vont reproduire une maladie semblable chez un autre. » Fracastor ne s'en tient pas là; il compare les maladies à la fermentation du vinaigre et, basant sa thérapeutique sur la destruction des germes morbides inaugure la méthode antiseptique trois longs siècles avant Pasteur.

L'étude des vieux maîtres de la Médecine que M. Fiessinger conduit jusqu'à Corvisart, Broussais, Bayle et Louis Rostan, est d'un grand intérêt et d'un précieux enseignement. Elle apprend à apprécier les efforts de nos anciens, que l'on dédaigne peut-être trop pour s'enthousiasmer hâtivement en faveur de doctrines nouvelles.

Le livre de M. Fiessinger n'a pas de plan général. Chaque grand médecin de jadis est l'objet d'un chapitre séparé, mais il y a néanmoins une unité dans cet ouvrage, c'est l'affection profonde de l'auteur pour chacun des maîtres qu'il fait en quelque sorte revivre dans l'esprit du lecteur. J. NOIR.

La Mort réelle et la Mort apparente. Nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente; par le Dr S. ICARD. — F. Alcan, édit., 1897.

Dans cet ouvrage, récompensé par l'Institut (concours Dugaste, 1895), M. S. Icard expose les signes connus de la mort et fait la critique de la valeur séméiotique de tous les procédés usités pour reconnaître la mort réelle. Il faut avouer que ces procédés sont tous imparfaits.

Parmi les signes immédiats les tractions rythmées de la langue, selon le procédé de M. Laborde, offrent un grand intérêt; mais l'auteur le considère plus comme un procédé de traitement que de diagnostic. Le signe éloigné de Bouchut, repris par M. Bourneville, de la thermométrie est d'une excellente constatation, mais ne se plie pas à tous les cas et à tous les climats. M. S. Icard s'est livré à de nombreuses expériences personnelles. Il constate d'abord que le vrai signe de mort est dans l'arrêt prolongé de la circulation et non dans l'arrêt du cœur, et, comme absorption est synonyme de circulation, il propose d'injecter dans le tissu sous-cutané ou les veines des solutions colorantes faciles à déceler dans les téguments, les milieux de l'œil, l'urine ou le sang. Les substances essayées par l'auteur sont la fluorescéine, les iodures, les ferrocyanures, les sels de lithine, les substances volatilés, etc. Il donne la préférence à la fluorescéine qui peut produire la coloration à doses suffisamment faibles pour être absolument inoffensives.

Après quelques considérations sur les vices de notre législation qui ne permet pas d'éviter suffisamment les inhumations précipitées et après avoir montré la nécessité de la création de médecins vérificateurs de décès, M. S. Icard aborde le traitement de la mort apparente. Tous les procédés en usage sont exposés. Nous trouvons cependant trop restreinte la part donnée au procédé de Laborde par les tractions rythmées de la langue. Nous sommes expérimentalement convaincus que cette méthode réussit où tout a échoué et nous la considérons comme le meilleur procédé actuel. L'insufflation, la respiration artificielle, l'électrisation sont soigneusement décrits.

En un mot, le livre de M. S. Icard est une œuvre originale, qui a plus que le mérite d'être intéressante, car elle est utile. J. N.

LA FORCE DES MACHOIRES. — Quelle est la force, la puissance, l'énergie des machoires humaines? Le *Journal d'hygiène* donne, à ce sujet, une indication dynamométrique. En effet, le Dr Black a recherché la force des machoires, chez l'homme, pendant la mastication. D'après ses observations, la contraction des masséters développe une force variant entre 30 et 270 livres. Pour un bifteck, de consistance normale, il faut employer une force de 40 à 45 livres, mais en réalité on dépense une force supérieure à celle nécessaire et on va jusqu'à 60 et 80 livres.

VARIA

Banquet offert à M. H. Napias.

Le vendredi 9 avril, les amis et collègues du Dr Henri Napias lui ont offert un banquet au Grand-Hôtel, à l'occasion de sa récente nomination à l'Académie de médecine. La réunion a été exceptionnellement brillante ; elle comprenait plus de cent convives, appartenant au corps médical, à l'administration et à l'élite de diverses professions qu'a groupées la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

M. le Pr Brouardel présidait le banquet ; dans son toast, comme dans ceux de M. Emile Trélat au nom des hygiénistes, de M. le Dr Motet au nom de la section d'hygiène de l'Académie de médecine, de M. le Dr Regnard et de M. Granier au nom des inspecteurs généraux du ministère de l'intérieur, de M. le Dr Pinard, au nom de ses compatriotes, chacun s'est plû à reconnaître les éminentes qualités de cœur, d'intelligence et de dévouement qui ont valu à notre excellent ami tant de sympathies. Aussi est-ce avec une vive satisfaction que nous lui avons vu remettre par M. Lucas-Championnière, une médaille d'or que la Société de médecine publique avait tenu à honneur de décerner en cette circonstance à l'un de ses premiers fondateurs qui, depuis 1877, soit comme secrétaire général adjoint de Lacassagne, soit comme secrétaire général, a porté cette Société à un si haut degré dans l'estime publique et lui a fait accomplir tant de progrès à l'hygiène publique en France.

Qu'il nous soit permis d'ajouter que la vie du Dr Napias peut être présentée comme un modèle de ce que peut produire le travail uni à une constante fidélité à ses opinions et à ses amitiés. Quel récit plus attachant et quel plus réconfortant exemple que cette esquisse, si modeste et si simple, dans laquelle Napias, avec un charme qui a ravi tous ses auditeurs, a su remercier tous ceux qui l'entouraient, en racontant les diverses phases de son existence, depuis les amertumes de l'exil dans sa jeunesse, les luttes pour la liberté sous l'Empire et les difficultés de la vie professionnelle, vaincues à force de travail, de bonne grâce et de science !

XIIe Congrès international de Moscou (19-26 Août 1897).

Les chemins de fer russes viennent d'accorder aux Membres du Congrès, régulièrement inscrits, le *voyage gratuit aller et retour*, de la frontière russe à Moscou.

Pour profiter de cet exceptionnel avantage, se faire inscrire au plus tôt au Secrétariat général du Comité français, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Nous croyons devoir également aviser nos confrères que les demandes d'admission pour l'excursion au Caucase abondent et que l'on sera peut-être obligé de refuser l'inscription, les places dans le train spécial étant forcément très limitées.

Société française d'Ophtalmologie.

Congrès de 1897 à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris.

Ordre du jour des Séances.

Première séance, lundi 3 mai à huit heures du matin. — MM. Panas (de Paris). Rapport. *Rôle de l'auto-infection dans les affections oculaires.*

Deuxième séance, mardi 4 mai à huit heures du matin. — Séance d'affaires à 11 heures : 1° rapport du secrétaire ; 2° article additionnel au règlement proposé par le comité : 24°. Tout membre de la Société qui aura passé trois années sans acquitter sa cotisation sera considéré comme démissionnaire ; 3° Boé (de Paris). De la nécessité pour la Société française d'Ophtalmologie de se transformer temporairement en simple société d'intérêts professionnels ; 4° Rolland (de Toulouse). Projet de modification des statuts ; 5° choix du sujet du rapport pour 1898 ; 6° élection de membre du comité. Mardi soir, banquet à 7 heures 1/2, restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, 36. Prix : 15 francs. — Prière de se faire inscrire avant le lundi 3 mai au soir, chez le Dr Despagnet, secrétaire général, 74, boulevard Haussmann.

Troisième séance, mercredi 5 mai à 8 heures du matin. — Toute la journée, il y aura dans une des salles du Congrès une exposition des instruments, appareils, pansements utilisés en oculistique (chirurgie, optique, électrothérapie).

Quatrième séance, mercredi 5 mai à 5 heures du soir.

Cinquième séance, jeudi 6 mai à 8 heures du matin.

Association des médecins de la Seine.

L'*Association des médecins de la Seine*, fondée en 1833 par Orfila en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu dimanche dernier, sa 64e assemblée générale sous la présidence de M. Brouardel. Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 58.078 fr. dont 16.363 fournis par les cotisations, 2.765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés. Avec ces ressources, l'Association a secouru trois sociétaires, soixante et une veuve ou familles de sociétaires, enfin trente autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, trois pensions viagères de 1.200 fr. chacune ont été allouées à des Sociétaires âgés et infirmes. Le total des secours distribués s'est élevé à 5 300 fr. Une somme de 3 000 fr. a été versée au fonds de réserve. A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice. Ont été élus : *président*, M. Brouardel ; *vice-présidents*, MM. Guyon et Fernet ; *trésorier*, M. Genouville.

Notre éminent doyen a saisi cette occasion pour exposer l'état actuel de la profession médicale en France. Nos lecteurs liront avec intérêt ce discours, que nous reproduisons *in extenso :*

Messieurs et chers Confrères,

Notre dévoué secrétaire général vous exposera, dans un instant, les résultats de l'exercice 1896-1897. Il ressort des faits que le malaise dont souffre le corps médical augmente tous les ans.

La fortune de l'Association semble prospère ; les capitaux sont alimentés par de généreux donateurs. Les revenus s'accroissent ; mais les besoins de nos confrères, de leurs veuves et de leurs enfants ne se sont jamais caractérisés par des demandes aussi nombreuses, et, malheureusement, aussi justifiées.

Je voudrais chercher avec vous quelles sont les causes de cette situation ; je voudrais les croire temporaires.

Dans une de nos dernières assemblées, je vous signalais avec quelle rapidité croissait, dans les diverses Facultés de Paris et de la province, le nombre des étudiants en médecine. Le Ministre de l'Instruction publique, sur l'avis du Comité de l'enseignement supérieur, a pris des mesures pour empêcher l'envahissement de la profession médicale par les étrangers.

Un nouveau diplôme, un diplôme universitaire, est en voie de création. Il sera donné aux docteurs et étudiants étrangers qui viennent, au grand profit national, chercher dans nos Facultés un complément de leur instruction médicale, à ceux qui veulent s'initier aux méthodes scientifiques françaises.

Pour lui conserver une valeur égale, il sera obtenu devant les mêmes juges, par les mêmes examens que ceux que conquièrent tous les étudiants, quelle que soit leur origine ; mais il ne donnera pas le droit d'exercer la médecine en France : en aucun cas, il ne pourra subir une transformation qui conférerait ce droit.

Pour les étudiants qui demandent, au contraire, à obtenir un diplôme donnant le droit d'exercer, il ne sera pas accordé de dispense ; ils passeront leurs baccalauréats et tous les examens. Ils seront traités comme des Français. A un régime de faveur de pénétration, a donc succédé celui de l'égalité dans les épreuves exigées.

Bien que cette nouvelle réglementation ait écarté, des Facultés de Médecine, un certain nombre d'étudiants étrangers, le vide a été vite comblé par l'affluence des étudiants français. A Paris, depuis trois ans, ils dépassent 5.000, représentant le double de ceux qui étudiaient il y a vingt ans.

Remarquez que la progression est la même dans les Facultés

de province. Il y a quinze ans, les statistiques estimaient que, dans toute la France, il y avait 11.000 à 12.000 docteurs en médecine ; il y a depuis cinq ans, dans les Facultés, plus de 8.000 étudiants en médecine. Le nombre des praticiens aura triplé dans quinze ans, si quelque circonstance imprévue ne vient mettre un frein à cette surabondance.

Pouvons-nous analyser les causes de cette attraction produite sur les élèves et les familles par la profession médicale ? On a invoqué la situation faite aux étudiants par la loi militaire. Peut-être celle-ci a-t-elle une influence. Je la crois très faible, car le nombre des candidats sages-femmes a subi la même progression, et pour les étudiants en médecine, à l'étranger, dans les pays où la loi militaire n'a pas été modifiée, les étudiants en médecine croissent avec la même rapidité. Le mouvement est donc général.

J'estime que les conquêtes chirurgicales et médicales de ces dernières années ont une influence bien plus certaine. Il n'est pas de jour où, dans un journal, le père de famille ne lise un article d'hygiène ou de thérapeutique proclamant, parfois avec raison, les progrès accomplis dans telle ou telle branche de la science médicale. Ce père de famille s'imagine que, dans une carrière aussi prospère scientifiquement, son fils trouvera honneur et profit. Il ne comprend pas que tout ce qui diminue le nombre des malades ou assure leur rapide guérison restreint le rôle du médecin ; tous nous nous réjouissons de ces triomphes; nous souhaitons qu'ils se confirment et que d'autres leur succèdent ; mais leur répercussion sur la situation des médecins n'en est pas moins réelle et parfois cruelle.

Cette multiplication du nombre des médecins les oblige pour vivre à se faire une concurrence acharnée, dans laquelle les règles de la loyauté se trouvent souvent en conflit avec les suggestions de la misère menaçante.

Vos anciens, comme moi, n'ont pas oublié qu'à l'époque où sur les bancs du collège ils cultivaient les vers latins, ils terminaient volontiers, lorsque le souffle poétique venait à languir, un vers incomplet par un

...malesuada fames.

Cette augmentation du nombre des docteurs n'est pas la seule cause de la crise que traverse le corps médical.

Les mœurs du public se sont transformées. Autrefois le médecin était avant tout l'ami de la famille ; il était le *medicus familiaris* ; aujourd'hui son rôle se transforme. On ne vient plus lui demander : Docteur que dois-je faire ? j'ai mal aux yeux, aux oreilles, je tousse, j'ai des coliques hépatiques, etc., mais on lui dit : Donnez-moi donc l'adresse d'un spécialiste ?

Trop heureux encore le client qui pose cette question à son médecin, car en général il reçoit l'indication de son fournisseur, de son concierge, de quelque personne rencontrée au hasard, ou pis encore de son journal qui proclame la valeur de tel ou tel praticien, de tel ou tel remède, de telle formule parfois d'ailleurs absolument toxique.

Il n'est pas rare de voir un malheureux qui, sous l'influence d'une cause morbide unique, a une maladie de la peau, une affection des yeux, des troubles cardiaques ou stomacaux, être guidé simultanément, mais contradictoirement par cinq ou six spécialistes. Que se dira le jeune docteur : On ne le dérange que pour lui demander l'adresse de spécialistes ; il se fera lui-même spécialiste.

Qu'on ne s'y trompe pas ; je ne suis pas l'ennemi des spécialistes, et je n'aurai qu'à regarder à côté de moi et devant moi pour savoir quelle part ils peuvent revendiquer dans l'histoire glorieuse de la médecine française ; mais ce qui caractérise cette période au point de vue de la pratique médicale, c'est l'abus par le client de toutes les bonnes choses, de toutes les facilités que les progrès de la médecine et la bonne volonté des médecins lui ont données pour se soigner.

Abus par certaines personnes aisées des soins presque gratuits donnés aux membres des sociétés de secours mutuels; abus de l'hospitalisation depuis que l'on sait que la chirurgie et l'obstétrique ont transformé les services hospitaliers et, par suite, détournement en leur faveur, par les personnes qui se font ainsi soigner, des sommes léguées aux pauvres.

Mes chers confrères, je m'excuse d'avoir ainsi assombri cette réunion ; mais nous nous trouvons reliés par une idée supérieure ; nous voulons tendre une main secourable à ceux qui ont échoué dans leurs efforts, à leurs veuves et à leurs enfants. Est-ce sortir de notre rôle que de signaler les dangers qui les menacent ? N'est-ce pas notre devoir de signaler ces abus et et de nous réunir pour tâcher de limiter leurs effets ?

Aucun de ces problèmes ne nous laisse indifférents et partout où votre président a l'espoir d'être écouté, il dit et il répète, avec des succès divers : La profession médicale souffre de pléthore de ses membres; elle se trouve en présence de mœurs nouvelles; les victimes lade profession augmentent de nombre ; la lutte devient chaque jour plus acharnée ; elle inspire mal quelques-uns des combattants ; notre devoir à nous, représentants de l'Association des médecins de la Seine, à qui on a légué une tradition de près de soixante-dix ans d'honorabilité et de dignité, est d'avertir les pouvoirs publics, de leur démontrer qu'il faut nous aider à assurer au médecin la possibilité d'exercer sa profession dans les conditions qui, depuis des siècles, lui ont valu le respect de tous les membres de la société.

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

Prix Fauré. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être decerne au meilleur memoire sur un sujet intéressant l'hygiene de la population peu aisée, la Société de Medecine et de Chirurgie met au concours la question suivante : *Indiquer les meilleures dispositions à donner à une crèche, présenter les plans, décrire le mobilier et l'organisation intérieure et médicale.*

Les memoires, écrits très lisiblement en français doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. SOUS, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 28 février 1898, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Conférence internationale concernant les Services sanitaires et d'hygiène des chemins de fer et de navigation.

Ils furent bien inspirés les médecins néerlandais, qui, en 1895, sous la direction éminente de M. le Pr Snellen (d'Utrecht) prirent l'initiative d'adresser un appel aux Gouvernements, aux Compagnies de chemins de fer et de navigation, ainsi qu'au Corps médical, pour les convier à étudier en une Conférence internationale les principales questions ayant trait aux services sanitaires, à l'hygiène et à la sécurité des chemins de fer et de la navigation. Ils ont mérité d'être les fondateurs d'une œuvre hautement humanitaire ! Les réunions de la première Conférence, à Amsterdam (les 20 et 21 septembre 1895), furent intéressantes par la variété et la valeur des travaux qui y furent présentés, en même temps que le nombre et la qualité des délégués et des médecins qui y assistaient. Dès la première séance, il devint manifeste que l'importance et l'étendue des diverses questions à traiter ne permettaient pas de les résoudre en une session : il fut décidé qu'une seconde réunion de la Conférence aurait lieu à Bruxelles en 1897. Le Comité d'organisation de cette nouvelle session a cru devoir conserver la division suivante des travaux, adoptée à Amsterdam.

A. *Organisation du service médical.* — Quel est le meilleur mode d'organisation du service médical dans les exploitations de chemins de fer ? Les questions suivantes ont été spécialement mises à l'ordre du jour par le Congrès d'Amsterdam de 1895, pour savoir quels avantages et quels inconvénients peuvent résulter de leur solution : 1° Le service médical doit-il faire partie intégrante de l'Administration, les médecins étant considérés comme agents ? 2° Le service médical doit-il être rattaché à la Caisse de secours des employés, et être simplement agréé par l'Administration ?

B. *Garanties de validité du personnel.* — 1° Constitution générale. Examen physique. Prédispositions morbides; 2° Facultés visuelles : *a*) État extérieur des yeux et des annexes ; *b*) Acuité visuelle ; *c*) Champ visuel ; *d*) Sens chromatique ; 3° Ouïe ; 4° Parole ; 5° Réexamens du personnel ; 6° Moyens de découvrir la simulation et la dissimulation des maladies.

C. *Prescriptions et mesures d'hygiène.* — I. *Chemins de fer et paquebots à passagers* : Installations complètes d'em-

barquement des voyageurs, tant pour les trains de chemins de fer que pour les paquebots à passagers. Disposition, ameublement et garniture : 1° des wagons ; 2° des wagons-lits ; 3° des salons et cabines de couchage des paquebots et 4° de leurs W. C., considérés au point de vue des maladies transmissibles, de l'éclairage, de la ventilation, etc., etc.; moyens de désinfection. Dortoirs, bains et réfectoires pour le personnel des chemins de fer. Installations similaires des services de paquebots. Personnel conducteur : 1° des locomotives ; 2° des machines de bateaux. Ateliers de réparation des chemins de fer et des services de bateaux, considérés au point de vue de l'hygiène du personnel — contremaîtres et ouvriers — et des installations de propreté et de confort qu'ils nécessitent. Cabines-maisonnettes du personnel de gardiennage, le long des lignes de chemins de fer. Bureaux et locaux affectés aux employés. — II. *Navires à vapeur naviguant au long cours* : Conditions de salubrité que doivent réunir les navires à vapeur de long cours transportant des voyageurs, en envisageant toutes les parties des dits navires, c'est-à-dire les cales réservées aux marchandises, les soutes pour les aliments, les caissons à eau potable, les salons cabines, etc., des voyageurs, les locaux réservés à l'équipage, les chambres de machines, celles des chaudières, la ventilation de ces différents compartiments, etc., etc., le tout en tenant compte de la latitude où ces navires doivent naviguer. Régime et aliment à bord. Service médical et pharmaceutique à bord. — III. *Bateaux du commerce et de la pêche maritime* : Installation au point de vue de l'hygiène des équipages : Chauffage et ventilation. Entretien des bateaux et des cales. Alimentation, caisse à eau. Désinfection, médicaments et boîtes des secours. Instructions pour les cas de maladies ou de blessures (1). — IV. *Bateaux d'intérieur* : A. bateaux faisant un service régulier de voyageurs. Conditions de salubrité que doivent réunir les salons des voyageurs, les locaux réservés aux personnel, les chambres des machines. Boîtes de secours à bord. B. Bateaux servant au transport des marchandies. Installations, au point de vue de l'hygiène, du logement du batelier et de sa famille, de ses aides. Mesures de propreté et d'hygiène à prescrire au batelier. Mesures à prendre pour fournir de l'eau potable au batelier. C. Remorqueurs et toueurs à vapeur. Installations au point de vue de l'hygiène.

D. *Prophylaxie des maladies transmissibles.*

La Conférence se réunira à Bruxelles dans le courant du mois de septembre 1897. Les membres verseront une cotisation de 5 francs. Ils recevront à titre gratuit un exemplaire du compte rendu des travaux de la Conférence. Les cotisations seront adressées au trésorier, M. AD. GAIGNAUX, chef de bureau à l'Administration des chemins de fer de l'Etat, rue de Louvain, 13, à Bruxelles. Les communications se feront en français, anglais et allemand. Les membres qui ont l'intention d'assister à la Conférence, les Gouvernements et les Sociétés qui désirent y envoyer des délégués, sont priés d'en donner avis au secrétaire général, M. le Dr J. DE LANTSHEERE, rue de l'Association, 56, à Bruxelles, et lui faire connaître leur domicile et leur adresse. Le programme détaillé de la Conférence sera envoyé plus tard. Les adhérents sont priés d'indiquer la section dans laquelle ils désirent être inscrits.

(1) Voir, à ce propos : *Comptes rendus du Congrès international des Pêches maritimes des Sables d'Olonne*, par Marcel Baudouin et A. Odin. — Paris, *Inst. de Bibl.*, 1896.

Instruction pour l'admission à l'École du service de Santé militaire en 1897.

Le Ministre de la Guerre à MM. les préfets des départements.

Paris, le 17 février 1897.

Monsieur le préfet, j'ai l'honneur de vous adresser, ci-jointe, l'instruction pour le concours d'admission à l'école du service de santé militaire qui doit s'ouvrir le 1er juillet prochain. Je vous prie de lui donner toute la publicité possible et de la faire insérer à cet effet, dans les journaux du département que vous administrez. J'appelle particulièrement votre attention sur les dispositions relatives à l'inscription pour le concours, et principalement sur la date extrême d'inscription, qui est fixée au 16 juin au soir.

Inscription. — Les aspirants devant, comme l'instruction l'indique, se faire inscrire dans les préfectures des départements, vous aurez à faire ouvrir, à la date du 20 mai, une liste d'inscription conforme au modèle d'autre part n° 1. Ne seront admis à se faire inscrire à votre préfecture que les candidats qui font leurs études médicales dans le département et qui rempliront toutes les conditions exigées. Il importe essentiellement que vous refusiez l'inscription de tout candidat qui aurait dépassé la limite d'âge ou qui, étant militaire et âgé de plus de vingt-trois ans, ne justifierait pas du temps de service exigé par l'instruction (1). Il ne sera accordé aucune dispense d'âge ou de temps de service. Il est nécessaire que la faculté ou l'école de médecine où le candidat fait ses études soient indiquées d'une manière très précise sur la liste d'inscription ; que toutes les pièces, notamment les actes de naissance, soient régulièrement établies, et que ceux de ces actes qui concernent des jeunes gens dont les parents habitent en pays étranger ou qui seraient naturalisés Français soient appuyés de titres nécessaires pour bien constater que le candidat est Français. Enfin, je vous prie de veiller à ce que le dossier de chaque candidat ne renferme que les pièces exigées pour l'inscription. Le candidat qui n'aurait pas produit les dites pièces s'exposerait à ne point être admis à l'école du service de santé militaire, lors même qu'il aurait subi avec succès les épreuves du concours. Je crois devoir appeler spécialement votre attention sur la déclaration exigée de tous les candidats sans distinction, relativement aux centres d'examens qu'ils auront choisis ; vous voudrez bien veiller à ce que cette pièce soit exactement jointe à chaque dossier, et vous vous assurerez en même temps que les villes choisies figurent dans l'énumération des centres d'examen. La liste d'inscription devra être close le 16 juin prochain au soir, terme de rigueur, et m'être envoyée le lendemain ; elle devra être établie suivant l'ordre alphabétique, et les dossiers seront classés dans le même ordre. Si aucun candidat ne s'est présenté, la liste destinée à l'inscription portera « Néant » et ne m'en sera pas moins envoyée à l'époque fixée ci-dessus.

Bourses et trousseaux. — Les demandes de bourses seront déposées à votre préfecture, par les familles résidant dans votre département, du 20 mai au 16 juin au soir. Il y aura lieu d'accueillir les demandes de bourses formées par les familles résidant dans votre département, lors même que les candidats que ces demandes concernent feraient leurs études dans un autre département. En ne limitant pas le nombre des bourses à accorder aux élèves des écoles polytechnique, spéciale militaire et du service de santé militaire, le législateur a voulu que la carrière des jeunes gens qui se destinent à ces écoles ne fût pas entravée par le manque de fortune ; et en substituant à l'attestation isolée des maires une délibération du conseil municipal, il a eu en vue d'empêcher que la justification des moyens d'existence des parents ne donnât lieu à de regrettables inexactitudes ; il a voulu, enfin, éviter l'abus d'une mesure qui ne doit profiter qu'aux familles hors d'état, vu leur peu de ressources, de suffire aux charges de la pension. Je vous invite à faire comprendre aux conseils municipaux que l'équité aussi bien que les intérêts du Trésor exigent qu'ils ne s'écartent pas de ces principes dans les avis qu'ils auront à émettre. J'ai remarqué trop souvent que ces conseils donnent des attestations d'insuffisance de fortune en faveur de familles qui sont notoirement en position de subvenir aux frais d'instruction de leurs enfants, et que les pièces servant à constater la position des pétitionnaires sont parfois incomplètes. Je vous prie donc d'insister auprès des conseils municipaux pour qu'ils examinent mûrement la situation de fortune avant d'émettre un avis sur les demandes de bourse, et de bien vous assurer que chaque demande est accompagnée de tous les renseignements nécessaires. Les délibérations de ces conseils devront être l'objet d'un scrupuleux examen de votre part, et vous ferez usage de la connaissance personnelle que vous auriez de la position des familles pour ne donner votre approbation qu'aux propositions qui seraient parfaitement motivées. L'état ci-joint, n° 2, dont je vous adresse quelques exemplaires, est destiné à recevoir tous les renseignements que vous aurez pu vous procurer sur la position de fortune du candidat et de sa famille ; un de ces états sera joint à chacune des demandes que vous aurez à me transmettre. Toute demande produite après le 16 juin, de quelque manière qu'elle se présente et quelles que soient les causes du retard, sera irrévocablement écartée. Il est important que les familles soient prévenues des dispositions qui précèdent, auxquelles je vous invite à donner toute la publicité possible. Votre travail devra m'être envoyé, avec chaque dossier régularisé, avant le 1er septembre, dernier délai, de manière que les demandes puissent être soumises à l'examen du conseil d'administration de l'école avant la publication de la liste d'admission. Toute demande de bourse qui me sera adressée directement vous sera renvoyée pour être l'objet de l'examen prescrit par la présente circulaire.

(1) Six mois de service réel et effectif au 1er juillet de l'année du concours.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 26. — Dissection : MM. Marchand, Remy, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Peyrot, Tuffier, Heim. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Delens, Delbet, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Marie, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Lejars, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Terrier, Walther, Broca. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Chauffard, Gaucher.

MARDI 27. — Dissection : MM. Berger, Hartmann, Brun. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Farabeuf, Rémy, Quénu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Le Dentu, Thiéry, Heim. (2e *série*) : MM. Polaillon, Gley, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Schwartz, Bar. — (2e *partie*) : MM. Debove, Marfan, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Guyon, Pozzi, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Grancher, Chantemesse, Achard. — (2e *série*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Charrin.

MERCREDI 28. — Médecine opératoire : MM. Delens, Ricard, Delbet. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Rémy, Sébileau, Broca. — (2e *série*) : MM. Marchand, Poirier, Wurtz. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Heim, Chassevant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Humbert, Jalaguier, Bonnaire. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Chauffard, Netter. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Landouzy, André.

JEUDI 29. — Dissection : MM. Guyon, Rémy, Thiéry. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime. — MM. Farabeuf, Polaillon, Schwartz. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Quénu, Poirier, Albarran. — (2e *série*) : MM. Brun, Hartman, Netter. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Gley, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Joffroy, Chantemesse, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Debove, Gilbert, André.

VENDREDI 30. — Dissection : MM. Humbert, Rémy, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Delens, Sébileau, Heim. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, André, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Grancher, Chauffard, Marie. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Thoinot, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série*) : MM. Tillaux, Jalaguier, Broca. — (2e *série*) : MM. Marchand, Peyrot, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gaucher, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudeloque) : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 1er. — Médecine opératoire : MM. Panas, Le Dentu, Nelaton. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Farabeuf, Quénu, Thiéry. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Remy, Poirier, Gley. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Roger, Chassevant. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Pitié (1re *série*) : MM. Berger, Brun, Albarran. — Chirurgie (2e *série*) : MM. Polaillon, Schwartz, Hartmann. — (2e *partie*). Charité (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Debove, Chantemesse. — (1re *partie*). Obstétrique. Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 28. — M. Boury. Des injections intra-musculaires de salicylate de mercure dans le traitement de la syphilis. — M. [illegible]bert. Contribution à l'étude des troubles trophiques cutanés dans la blennorrhagie. (Cornes cutanées.) — M. Rinuy. Contribution à l'étude de la vaccine généralisée. — M. Jeanne. De la voûte plantaire et du pied creux congénital par malformations osseuses. — M. Franchetti. Phtisie traumatique. — M. Delaunay. Etude et considérations générales sur le rôle fonctionnel de la glande thyroïde. — M. Beaussenat. — Pathogénie de l'appendicite. Recherches expérimentales.

JEUDI 29. — M. Willemin. Du traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Accidents consécutifs. — M. Lallier. Etude sur la myose du tube digestif chez l'homme. — M. Baudouin. Sarcome mélanique des tractus uvéal. — M. Kuborn. Les bains chauds dans la bronchopneumonie des enfants. — M. Szimiesicլski. Histoire médicale de la campagne du Dahomey en 1892. — M. Corscou. Quelques considérations relatives aux règles pronostiques de l'albuminurie. — M. Amillet. Traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales par les injections d'eau salée. — M. Maitre. Contribution à l'étude de la période latente des ostéosarcomes des membres. — Mme Philippoff. De la valeur des transplantations musculo-tendineuses dans le traitement du pied bot paralytique. — M. Heiser. Contribution à l'étude de la scoliose essentielle des adolescents.

Enseignement médical libre.

Technique bactériologique pratique et de microbiologie. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Broca, a recommencé son cours le 12 avril, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les recherches exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des principaux microbes normaux et pathologiques. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 9, rue Marsollier (quartier de l'Opéra), de 1 h. à 2.

Gynécologie. — M. le Dr Ch. FOURNEL, lauréat de la Faculté, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, commencera le mardi 27 avril 1897, à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, Amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *Gynécologie médico-chirurgicale*. Il le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr KOENIG, 14, rue Monge. — Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr J.-G.-T. MAISONNEUVE (de Paris).

M. le Dr Jacques-Gilles-Thomas MAISONNEUVE, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, vient de succomber à l'âge de 88 ans, au château de la Roche-Hervé, situé près de Nantes, sa ville natale.

Né en 1809 (et non en 1810, comme on le répète), il commença ses études médicales à Nantes ; il y fut reçu interne en 1828, l'année après Chassaignac, son compatriote. Comme ce dernier, il vint à Paris en 1829 poursuivre son instruction et fut nommé interne des hôpitaux de Paris en 1831 avec Barth et Grisolle, le cinquième de sa promotion. Docteur en médecine en 1835, il avait obtenu en 1833 le prix de l'internat et de l'Ecole pratique, après avoir été élève de Dupuytren et de Récamier. En 1835, il fut nommé prosecteur des hôpitaux (Clamart). Il concourut pour le professorat à la Faculté de Médecine, chaire de Médecine opératoire, à diverses reprises (1839, 1848, 1850) ; il ne put être nommé en 1840 que chirurgien des hôpitaux.

En 1843, il suppléa Roux à l'Hôtel-Dieu, puis devint titulaire à l'hôpital Cochin. Il termina sa carrière à la Pitié. Il était membre de la Société de Chirurgie et, depuis 1848, chevalier de la Légion d'honneur.

On lui doit les travaux suivants qui jadis ont joui d'une certaine vogue :

1828. *Sur les influences de l'air froid sur l'homme, précédé de quelques considérations sur la chaleur animale.* — 1835. *Propositions sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie.* (Thèse de doctorat, à Paris). — 1839. *Le périoste et ses maladies.* (Thèse de Concours). — 1848. *Des tumeurs de la langue.* (Thèse de Concours). — 1850. *Des opérations applicables aux maladies de l'ovaire.* (Thèse de Concours). — 1852. *Leçons cliniques sur les affections cancéreuses*, recueillies et publiées par M. le Dr Alexis Favrot. — 1853. — *Traité pratique des maladies vénériennes*, contenant un chapitre sur la syphilisation et suivi d'un formulaire spécial. — 1860. *Mémoire sur la ligature extemporanée.* — 1863-4. *Clinique chirurgicale.* — 1867. *Mémoire sur les intoxications chirurgicales.* — 1867. *Méthode d'aspiration continue et ses avantages pour la cure des grandes amputations.* — 1879. *Divers perfectionnements apportés à l'uréthrotomie interne pour la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre* (Extraits des *Leçons cliniques professées à l'Hôtel-Dieu*).

Maisonneuve a été un chirurgien qui a fait l'étonnement de sa génération. Ses études au collège de Nantes avaient été très brillantes et il était arrivé à Paris le cœur plein d'espoir et l'esprit plein d'illusions ! Esprit d'initiative et osé, il demanda au bistouri des guérisons qui lui furent refusées, parce que, quoique étant Maisonneuve, il oubliait d'éclairer sa lanterne, c'est-à-dire d'opérer aseptiquement.

Amédée Latour l'a appelé avec raison le *Paracelse de la Chirurgie*. En tous cas, on doit à ce travailleur acharné et à ce chirurgien ingénieux de nombreuses inventions originales.

S'il n'a pas réussi dans les concours, c'est, sans doute, qu'il était un très piètre orateur et que, dans notre pays, il faut savoir parler pour être chirurgien ! Mais cela a tenu peut-être bien plus à la valeur de son cerveau et à son caractère qu'à la qualité de sa parole. Cependant ce fut un écrivain clair et

correct. Il est né quarante ans trop tôt; sans cela, il aurait été peut-être l'un des plus grands opérateurs du siècle !

Marcel BAUDOUIN.

NOUVELLES

INCINÉRATION. — Notre ami, M. CAPUS, fera le 24 avril, à huit heures et demie du soir, dans la salle de la Mairie du Panthéon, une conférence, avec projections, intitulée : *L'Incinération ; Souvenirs de voyages.*

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 au samedi 10 avril 1897, les naissances ont été au nombre de 1 149, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 453, illégitimes, 172. Total, 625. — *Sexe féminin* : légitimes, 361 ; illégitimes, 163. Total, 524.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 au samedi 10 avril 1897, les décès ont été au nombre de 981, savoir : 525 hommes et 456 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 3, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 19, F. 19, T. 38. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0 — Coqueluche : M. 0, F. 5, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 6, T. 11. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 149, F. 64, T. 213. — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 13, T. 28. — Autres tuberculoses : M. 30, F. 11, T. 41. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 6, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 37, T. 50. — Méningite simple : M. 11, F. 10, T. 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 25, T. 44. — Paralysie, M. 2, F. 6, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 5, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 39, F. 26, T. 65. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 6, T. 12. — Bronchite chronique : M. 11, F. 9, T. 20. — Broncho-pneumonie : M. 22, F. 15, T. 37. — Pneumonie : M. 15, F. 23, T. 38. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 27, F. 17, T. 44 — Gastro-entérite, biberon : M. 12, F. 16, T. 28. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Débilité congénitale : M. 19, F. 12, T. 21. — Sénilité : M. 10, F. 21, T. 31. — Suicides : M. 19, F. 5, T. 24. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres causes de mort : M. 70, F. 86, T. 156. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 3, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 100, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 47, illégitimes, 18. Total : 61. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 11. Total : 35.

INCINÉRATION. — Nous avons à signaler cette semaine deux incinérations : M. Paul de Jouvancel, ancien député ; Mme Lloyd, ancienne sociétaire du théâtre Français, femme de l'éminent peintre Vibert.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de physique biologique.* — M. le Pr GARIEL commencera le cours de physique biologique (destiné aux élèves de 1re et de 2e année), le mardi 27 avril 1897, à 5 heures (amphithéâtre de physique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants a la même heure. Objet du cours : *Etude physique de l'audition, de la phonation et de la vision.*

Cours de médecine légale. — M. le Pr BROUARDEL commencera le cours de Médecine légale le vendredi 30 avril 1897, à 4 heures de l'après-midi (Grand amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Le professeur traitera : De la responsabilité médicale.

Cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie. — M. CASTEX, chargé de cours, reprendra ses leçons le mardi 1 mai 1897, à 3 heures (3, rue Jacob), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sont admis à ce cours les étudiants docteurs en médecine. On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures,

Cours libre d'électrothérapie. — M. Foveau (de Courmelle) : les lundis, à 5 heures et les mercredis et vendredis à 3 heures, à partir du lundi 26 avril (amphithéâtre Cruveilhier). Objet du cours : *Les radiations nouvelles, rayons X. etc.* ; *radioscopie, radiographie ; applications thérapeutiques.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. le Dr DAUNIC, chef des travaux du laboratoire des cliniques, est nommé jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux d'anatomie pathologique. — M. CLUZET, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé, pour un an, chef des travaux de physique.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée active.* — Promotions au grade de médecin principal de 2e classe : M. Bourdon. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Toussaint et Vaugy, — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Laine et Loustalot.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE. — Sur l'avis émis par le comité consultatif de l'enseignement public (commission de la médecine et de la pharmacie), le Ministre de l'Instruction publique vient de décider qu'à l'avenir les candidats au diplôme supérieur de pharmacien de première classe devraient justifier d'un diplôme de licencié ès sciences comportant trois certificats d'études supérieures de l'ordre des sciences physiques ou sciences naturelles.

UNIVERSITÉS RUSSES. — *Ecole de médecine de Saint-Pétersbourg.* — Cinq jeunes Abyssins viennent d'arriver à Saint-Pétersbourg pour y faire, aux frais du Négus, leurs études en médecine, en art militaire et en autres sciences.

UNIVERSITÉS SUISSES. — *Dons.* — On annonce de Bâle la mort de M. Georges Fürstenberg, chef d'une importante maison de commerce, qui avait de nombreuses relations en France et en Alsace. Par testament, il laisse une somme de 825.000 fr. à distribuer entre divers établissements scientifiques et charitables de Bâle.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé dans la Légion d'honneur : au grade de chevalier, Mme Pilate, en religion sœur Saint-Laurent, de la communauté de Saint-Paul de Chartres, employée dans les salles militaires de l'hospice mixte de Dreux.

RÉCOMPENSES. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné aux médecins et aux étudiants en médecine ci-après désignés des médailles d'honneur en témoignage du dévouement dont ils ont fait preuve au cours d'une épidémie de variole qui a sévi à Marseille en 1895 et 1896. (*Médailles de vermeil* : MM. les Drs F. Arnaud, Coste et Boy-Tessier (de Marseille). — *Médailles d'argent* : MM. Chassy, Gouin et Jacquemet (internes des hôpitaux de Marseille). — *Médailles de bronze* : MM. Niel et Plaignard-Flaissières (externes des hôpitaux de Marseille).

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — On écrit de Saint-Pétersbourg, le 7 avril, qu'une expédition scientifique russe ira, en automne, explorer l'Abyssinie au point de vue anthropologique.

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Les secours à domicile.* — M. Raoul Bompard a fait, au Conseil municipal de Paris, connaître les résultats de l'enquête sur le fonctionnement, pendant l'année 1896, des secours à domicile réglementés par le décret du 15 novembre 1895. Les difficultés que présente la distribution des sommes considérables inscrites chaque année dans le budget de la ville de Paris sont pour ainsi dire insurmontables; il s'agit, en effet, de discerner les mendiants professionnels, les simulateurs, les voleurs du bien des pauvres, et de ne laisser aucune misère vraiment intéressante sans un prompt et sérieux soulagement, au sein d'une population de 2 800 000 habitants dont un grand nombre et précisément les plus malheureux, changent constamment de quartier et même d'arrondissement.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Le Président de la République à la Salpêtrière.* — Le Président de la République, accompagné de M. le Ministre de l'Intérieur, du secrétaire général de la présidence, et du chef du secrétariat particulier de l'Elysée, s'est rendu, cette semaine, un matin à dix heures, à l'hospice de la Salpêtrière. M. Félix Faure a été reçu par MM. le directeur, l'économe, le professeur Raymond, les Drs Déjerine, Voisin, Falret, le chirurgien Segond, etc. La visite de l'établissement a aussitôt commencé et, comme la maison est vaste, le Président a imposé au petit cortège qui le suivait un voyage assez long.

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le Dr CHATIN.

UNE CENTENAIRE A LA SALPÊTRIÈRE. — Dans le bâtiment Lassay vit une femme, Mme veuve Lafond, âgée de 103 ans. C'est la doyenne des hospitalisées indigentes. Le Président de la République, dans sa récente visite à cet hôpital, a tenu à lui faire visite et la vieille dame a serré dans ses mains parcheminées la main que lui offrait M. Félix Faure. Elle possède toutes ses facultés, mais est complètement sourde. Il y a à la Salpêtrière une autre vieille qui a 98 ans et qui se porte très bien.

LES RAYONS X... — Les journaux signalent une nouvelle application des rayons Rœntgen, appelée à rendre des services sérieux à l'expertise des tableaux. Un amateur, habitant Munich, possède un Christ couronné d'épines, qui est attribué à Albert Durer. L'œuvre est fort belle; pourtant son authenticité trouvait beaucoup d'incrédules. On s'est avisé de la photographier aux rayons Rœntgen, et la tentative a réussi à souhait. On voit sur le cliché, très distinctement tous les détails que le temps, noircissant les fonds du tableau avaient fait disparaître, et on lit très nette-

ment maintenant le monogramme de Dürer surmontant le millésime 1521, ainsi qu'une inscription latine de deux lignes qui était devenue également illisible.

Les rayons X et les tribunaux. — Dans une affaire sur laquelle il vient d'être statué par la 2e chambre du tribunal civil de Marseille, il a été fait une application intéressante des rayons X. Au mois de mai dernier, M. C... était blessé assez grièvement par un cheval conduit par un charretier au service d'un courrier maritime de la ville. Le charretier, poursuivi devant le tribunal correctionnel sous l'inculpation de blessures par imprudence, fut condamné à 25 francs d'amende et son patron déclaré civilement responsable. La blessure de M. C... parut d'abord peu grave ; c'était une fracture de la clavicule au niveau du tiers externe. Malheureusement, la clavicule fracturée se ressouda dans le sens antéro-postérieur au lieu de se ressouder dans le sens vertical, ce qui a amené, malgré la guérison, une fragilité extraordinaire de l'os pour l'avenir. M. C... demandait au courtier maritime 5.000 fr. de dommages-intérêts. Pour démontrer la véracité de ses indications pathologiques, M. Vallier, son avocat, ne s'est pas contenté de fournir au tribunal un certificat du Dr Flavart énonçant la particularité ci-dessus et motivant sa demande de dommages-intérêts, il a produit à l'appui de ces assertions, une photographie du thorax de son client obtenue à l'aide des rayons Rœntgen et au moyen de laquelle les juges ont pu se rendre compte *de visu* des conséquences de l'accident. Cette expérience a été concluante et la 2e chambre a accordé à M. C... 1.500 francs de dommages-intérêts.

Œuvre des Enfants tuberculeux. — M. Georges Berger a déposé à la Chambre un projet de résolution tendant à autoriser l'émission d'une loterie, par séries de 100.000 francs, jusqu'à concurrence de la somme d'un million, en faveur de l'Œuvre des enfants tuberculeux (Hôpital d'Ormesson).

La Colonie de Dun-sur-Auron. — M. le Dr Marie, directeur et médecin en chef de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, vient d'adresser au préfet de la Seine le compte rendu du service médical et administratif de cette institution pendant l'année 1895. L'accroissement progressif du nombre des aliénés, l'encombrement continu des asiles fermés, à Paris et ailleurs, joints aux charges financières plus lourdes, résultant d'aménagements architecturaux plus coûteux et de la cherté plus grande de la vie, conduisent fatalement à envisager l'éventualité prochaine de l'extension du régime familial comme méthode générale d'assistance des chroniques inoffensifs et de désencombrement des asiles. Les avantages du traitement familial sont reconnus et le 29 décembre dernier, sur une motion du docteur Marandon de Montyel, qui a obtenu de si beaux résultats avec les aliénés artistes, le Conseil général de la Seine émet un vœu pour la création d'une nouvelle colonie familiale à Ville-Evrard.

La Tuberculose dans l'armée. — MM. Clairin, Bompard, Prache et Gervais ont déposé, au Conseil général de la Seine, un projet de vœu tendant à combattre la tuberculose dans l'armée. M. Clairin dit que les mesures les plus simples de l'hygiène sont complètement ignorées à la caserne et à la chambrée ; il en résulte une aggravation croissante de l'horrible fléau, et le chiffre des pertes totales de l'armée française par la tuberculose, qui était de 3,20 pour 1.000 de 1863 à 1872, est aujourd'hui de 7,27 1.000. Le projet de vœu, adopté par le Conseil général, est ainsi conçu :

1° Que les conseils de revision et les visites pour l'incorporation deviennent de plus en plus sévères et éliminent rigoureusement, après un examen scrupuleux, les hommes atteints ou menacés de phtisie. 2° Que les pouvoirs publics instituent des congés de réforme temporaire et à durée limitée. 3° Que des sanatoria militaires soient établis. 4° Qu'une aération plus complète soit ménagée aux soldats dans toutes les casernes anciennes. 5° Que les crachoirs soient installés à hauteur de poitrine dans les chambrées et que les parquets soient peints avec de la peinture à l'huile de houille et lavés chaque matin et non balayés. 6° Qu'un conseil d'hygiène militaire soit créé, relevant directement du ministre et indépendant des chefs de corps.

Les Oreillons a Saint-Denis. — Quelques cas d'oreillons, ne présentant d'ailleurs aucune gravité, s'étant déclarés à la maison d'éducation de la Légion d'honneur de Saint-Denis, le conseil de la grande chancellerie, afin de prévenir toute épidémie, a décidé que les élèves de cette maison seraient autorisées à quitter Saint-Denis de suite.

Monument Pasteur a Paris. — Le comité de patronage [illegible] l'érection du monument à Pasteur sur une des places de Paris [illegible] réuni à l'Institut de la rue Dutot. Le monument s'élèvera [illegible]s doute en plein quartier latin.

Monument élevé a Darwin. — Il était question, depuis [illegible] les temps, d'élever un monument à la mémoire de l'illustre Darwin, dans sa ville natale à Shrewsbury. La question est maintenant réglée, d'après la *Revue scientifique*. C'est la Société d'horticulture du Shropshire qui prend à sa charge toutes les dépenses évaluées à environ 30.000 francs.

L'Hygiène a l'Exposition internationale de Bruxelles en 1897. — La section III de l'Exposition internationale qui doit avoir lieu cette année à Bruxelles est entièrement consacrée à l'hygiène ; elle comprend six groupes : hygiène en général et hygiène prophylactique, hygiène urbaine et rurale, hygiène des habitations, hygiène corporelle, alimentaire, infantile, hygiène industrielle et professionnelle, arts médicaux et pharmaceutiques. Un point qui nous paraît une innovation, dit la *Semaine médicale*, c'est qu'en outre des récompenses (diplômes et médailles), qui seront décernées aux produits exposés, les auteurs des meilleures réponses aux *desiderata et questions de concours* recevront des primes en espèces, qui leur seront allouées par le commissaire général belge, sur la proposition du jury international des récompenses. Le *desideratum* est une question réclamant un progrès nouveau réel et considérable sur des points précisés et dans un sens indiqué d'avance. Le *concours* porte sur les perfectionnements réalisés dans un sens et sur des points laissés au choix des concurrents dans la confection d'objets indiqués d'avance.

Un bizarre corps étranger dans l'estomac d'un porc. — Un propriétaire des environs de Millau, ayant fait abattre un porc, qu'il venait d'acheter à Rodez, a trouvé dans l'estomac de l'animal un étui en métal contenant deux billets de banque de 1.000 francs chacun, parfaitement propres et parfaitement conservés. A peine si le suc gastrique de la bête avait légèrement oxydé l'étui.

Les Femmes-Médecins en Autriche-Hongrie. — L'Université de Vienne a promu, la semaine dernière, pour la première fois, une dame au grade de docteur en médecine. La nouvelle doctoresse, Mlle Possanner, d'Ehrenthal, n'a obtenu qu'après de grandes difficultés, l'assimilation de son diplôme de docteur en médecine de Zurich, en passant, conformément à une ordonnance ministérielle, tous ses examens à l'Université de Vienne.

Exercice illégal de la Médecine. — *Un faux docteur.* — On écrit de Marseille que le tribunal correctionnel a condamné à deux ans de prison et 1.000 francs d'amende le nommé X. ., qui avait trouvé le moyen de se faire accepter comme docteur-médecin à bord du paquebot *Les Andes*, bien qu'il n'eut jamais étudié la médecine. Il occupa deux ans ces fonctions et même il amputa une jambe et fit l'ablation d'un sein sans conséquences fâcheuses pour les malades. *Les deux opérations réussirent parfaitement*; mais X .., finit par commettre une escroquerie de 16,000 francs au préjudice d'une passagère qui s'était éprise de lui. Poursuivi par le tribunal de Marseille, on découvrit toute son histoire.

L'art dentaire au Japon.— D'après le *Scientific American*, quels dentistes que les Japonais! Le dentiste japonais arrache les dents avec ses doigts, sans le secours d'aucun instrument. Il saisit adroitement la tête de son patient à l'angle maxillaire, de manière que la bouche soit forcée de rester ouverte ; puis plongeant le pouce et l'index de l'autre main dans la bouche de son malade, il arrache, quand le cas se présente et dans l'espace d'une minute, cinq, six et sept dents de la bouche du patient, sans que celui-ci puisse fermer la bouche, même une seule fois. Quelque incroyable que la chose puisse paraître, elle s'expliquera tout naturellement quand on saura de quelle manière les dentistes japonais sont préparés à l'exercice de leur art. Sur une planche de bois tendre sont creusés des trous et dans ces trous on enfonce des chevilles ; puis cette planche est placée par terre et l'apprenti dentiste doit alors, avec le pouce et l'index de la main droite, saisir et arracher les chevilles l'une après l'autre sans que la planche soit ébranlée. Cet exercice recommence plusieurs fois avec des planches de sapin, des planches de chêne, et enfin d'un bois plus dur, et chaque fois les chevilles sont plus solidement enfoncées. Quand il triomphe de la dernière épreuve, il est mûr pour l'exercice de son art.

Commission du Codex. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, il est institué au ministère une commission spéciale chargée de préparer une nouvelle édition du *Codex pharmaceutique*. Cette commission est composée ainsi qu'il suit : M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, président. MM. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, et Planchon, directeur de l'Ecole de Pharmacie de Paris, vice-présidents. MM. Adam, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Bourquelot, membre de la Société de Pharmacie de Paris ; Gilbert, agrégé près la Faculté de Médecine de Paris ; Landouzy, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; Marty, pharmacien-inspecteur du service de santé de l'armée ; Moissan, professeur à l'Ecole de Pharmacie de Paris ; Pouchet, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Prunier, professeur à l'Ecole de Pharmacie de Paris ; Roux, sous-directeur de l'institut Pasteur ; Vigier et Yvon, membres de la

Société de Pharmacie de Paris, membres. Générès, chef du 1er bureau de la direction de l'enseignement supérieur, secrétaire.

LE CODE DÉONTOLOGIQUE DE LA FÉDÉRATION MÉDICALE BELGE. — Nous apprenons qu'un projet de code déontologique, élaboré par MM. Wibo et Borginon, vient d'être pris en considération par la Fédération médicale belge, qui va le faire imprimer et distribuer à tous ses membres, en vue des amendements qu'ils pourraient se proposer d'y apporter.

ASPHYXIE PAR LE GAZ D'ÉCLAIRAGE. — Un étrange cas d'asphyxie s'est produit récemment à Paris. Dans la nuit, une jeune bonne couchant à un étage supérieur se réveilla indisposée, la tête lourde ; une forte odeur de gaz était répandue dans la chambre. Elle ouvrit la fenêtre, se trouva mieux et eut aussitôt l'heureuse idée d'aller prévenir ses maîtres et les locataires. Il était temps. Tous les habitants avaient déjà subi un commencement d'asphyxie, mais ils furent vite remis. Soudain on s'aperçut de l'absence de M. X... fils, qui couchait au rez-de-chaussée. On courut chez lui; mais il était trop tard : l'asphyxie était complète. L'enquête a vite fait découvrir les causes de l'accident ; la veille, la voirie avait fait passer sur la chaussée nouvellement empierrée, un rouleau de 32 tonnes ; le poids avait brisé une grosse conduite souterraine de gaz et celui-ci s'était lentement répandu dans la maison.

EMPOISONNEMENT PAR LE LAURIER-ROSE. — Un triple empoisonnement vient de se produire à Montpellier, affectant une famille, dont le chef était un des hommes les plus connus de Montpellier. Mme Bornes faisait samedi dernier une crème, et, sans attacher au fait aucune importance, elle l'avait parfumée avec du laurier rose. Dimanche, le père, la mère et leur fille mangèrent la crème. A neuf heures du soir, M. Bornes se plaignit de violentes douleurs, et sans qu'on eût le temps de prévenir un médecin, il expirait. La mère et la jeune fille ont été dans un état très grave.

LES GAIETÉS DE LA STATISTIQUES DES NAISSANCES A PARIS.— La publication, par le *Bulletin municipal officiel* et le *Journal officiel* de la « statistique hebdomaire de la Ville de Paris », dont la sincérité est sans doute au-dessus de tout soupçon, a révélé un phenomène vraiment extraordinaire. Six fois en quatorze semaines (52e de 1896, 4e, 5e, 11e, 12e, 13e de 1897), le nombre des naissances a été de 1.022, se décomposant uniformément en 517 garçons et 505 filles; 738 enfants légitimes et 284 illégitimes ; parmi ces derniers, chaque semaine, 42 ont été immédiatement reconnus. Ajoutez que, dans les cinq semaines de 1897 où le fait s'est produit, le nombre des mariages a été, coïncidence admirable, régulièrement de 376. Un si curieux résultat justifie, mieux que tous les renseignements que l'on en attendait, l'institution du service de la statistique, et les dépenses qu'il entraine. (*Temps.*)

UN COMBLE MÉDICAL. — Récemment, M. Brouardel signalait que, dans un département, qui n'est pas très éloigné de Paris, un médecin exerçait depuis longtemps et qu'il y avait la confiance de tous. Lorsqu'il était venu daus le pays, son collègue était tombé malade ; il l'avait suppléé et finalement remplacé; bien plus, il était devenu *Président du Conseil d'hygiène de son département.* — Ce médecin n'était pas docteur !

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LINGRAND, président du syndicat médical de Lille, décédé en cette ville, à l'âge de 51 ans. — M. J. GUERST, qui s'est noyé cette semaine dans la Seine en compagnie de sa maîtresse. C'était la dernière journée que devaient passer ensemble Mlle Andrée X... et M. Jules Guerst. Ce dernier, qui était étudiant en médecine, devait quitter son amie définitivement; c'était entre eux chose convenue. Pour leur dernière journée, ils avaient voulu faire une longue promenade sur un petit bateau qui appartenait à un ami, et sur lequel ils avaient fait tant de promenades joyeuses. Ils étaient partis de Nogent-sur-Marne, port d'attache de leur canot, et allaient dîner à Asnières. La barque a chaviré en Seine. — M. le Dr DUTEUIL, de Libourne, décédé subitement le 26 mars, à l'âge de 58 ans. — M. le Dr Charles ISNARD, de Marseille, décédé le 15 mars, à l'âge de 70 ans. — M. le Dr RUBINO, de Marseille, décédé à l'âge de 39 ans. — M. le Dr COCHIARALLO (de Saint-Frajou). — M. le Dr GAUTHIER (de Gigny).

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE.— M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses,* le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Maladies du système nerveux.* — MM. Gilbert BALLET et E. BRISSAUD. M. Brissaud, le jeudi, à 10 heures. M. Gilbert Ballet, le dimanche à 10 heures. — M. le Dr A. SIREDEY, à 10 h. 1/2, conférences de *Gynécologie médicale.*

HÔPITAL BROCA. — M. POZZI. — Tous les lundis et vendredis (à partir du mois d'avril), à 10 heures, leçon de clinique gynécologique.

HÔPITAL RICORD.— M. MAURIAC. — Tous les samedis (à partir du mois d'avril), à 9 heures 1/2, leçon sur la syphilis et les maladies vénériennes (clinique et thérapeutique).

HÔPITAL TENON. — M. BÉCLÈRE. — Conférence clinique tous les vendredis, à 10 h. 1/2 (salle Pidoux).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Jules VOISIN, le jeudi, à 10 h. du matin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr DOLÉRIS : obstétrique et gynécologie, mardi et vendredi, à 10 heures. — M. le Dr George THIBIERGE : *leçons cliniques sur les maladies de la peau,* le vendredi à 10 h. 1/2. Le mercredi et le samedi, à 9 h., consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques. Le mardi, à 10 heures, opérations dermatologiques. — M. le Dr BABINSKI : conférences cliniques sur les *maladies du système nerveux,* samedi, à 10 heures du matin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies cutanées et syphilitiques.* — M. HALLOPEAU, dimanche, à 9 h. 1/2 (salle des conférences). — M. le Dr DU CASTEL, le samedi, à 1 h. 1/2, consultation externe. Après la consultation, conférence clinique dans la salle des conférences.

ASILE CLINIQUE. — *Conférence sur les causes de la folie.* — M. le Dr TOULOUSE, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. le Dr P. BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité, 119, boulevard de Port-Royal : leçon clinique avec présentation des malades tous les samedis, à 3 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71

3e SÉRIE. T. V. No 17. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 AVRIL 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Des rapports de la lithiase biliaire avec les fonctions utérines :

Par J. CORNILLON.

Si, à l'état normal, les fonctions hépatiques et utérines sont absolument distinctes, pathologiquement, elles ont des relations étroites. Dans les hypérémies chroniques du foie, dans les cirrhoses et la lithiase biliaire, les troubles de la menstruation sont fréquents : aujourd'hui, nous nous contenterons de signaler ceux qu'on observe chez les personnes atteintes de cette dernière affection.

Il n'y a guère qu'une quinzaine d'années que l'on sait positivement que les accès de colique hépatique se manifestent de préférence à l'approche des règles. Auparavant, lorsqu'une femme, ayant toutes les apparences extérieures d'une bonne santé, se plaignait, au moment de ses règles, de vomissements, de douleurs lombaires et vers l'hypochondre droit, on s'accordait assez unanimement à dire que la cause de ces souffrances résidait dans l'utérus et ses annexes ; et, quand on ne trouvait aucune lésion dans ces organes, on incriminait le nervosisme, quelquefois même le rhumatisme. Rarement, on songeait au foie et à l'appareil biliaire ; il fallait l'apparition soudaine d'un ictère pour dessiller les yeux, et souvent on attendait des années avant que ce symptôme tombât sous les sens, car la coloration jaune des téguments fait souvent défaut dans les accidents douloureux de la cholélithiase surtout à sa période de début. Certes, les exemples de colique hépatique en dehors des menstrues, ne sont pas rares, mais ce n'est pas de la sorte que les choses se passent ordinairement. D'habitude, l'accès se déclare la veille de l'écoulement du flux cataménial, parfois le lendemain ou le surlendemain et exceptionnellement lorsqu'il est entièrement terminé. Dans le premier cas, l'écoulement sanguin marque généralement la fin des douleurs ou tout au moins leur atténuation ; il n'en est pas de même dans les deux autres.

Chez les jeunes femmes atteintes de lithiase biliaire à accès courts et éloignés, les règles évoluent normalement, mais, s'ils sont longs et fréquents, elles deviennent irrégulières. Tantôt elles disparaissent pendant plusieurs mois, et leur retour semble coïncider avec une amélioration sensible de l'état général ; tantôt alors elles continuent à se montrer, mais elles n'ont rien de fixe dans leur apparition ; ici, elles avancent de 8 jours, là, de 15 ; parfois elles sont à peine perceptibles et se terminent en 24 heures, d'autres fois elles durent une semaine, et donnent naissance à de véritables métrorrhagies. Toutes ces particularités n'auraient rien d'extraordinaire, si les organes pelviens étaient le siège d'une inflammation étendue ou d'une tumeur quelconque, mais, dans tous les cas où nous avons noté ces désordres de la menstruation, l'utérus était sain.

A quoi peut-on attribuer cette influence de la période menstruelle sur la production des accès de colique hépatique ? La première hypothèse qui s'offre à l'esprit c'est qu'ils sont le résultat d'une action réflexe, mais cette explication paraît trop banale pour qu'on s'y arrête un instant. A l'approche des règles, les femmes deviennent maussades, irritables, les organes de la génération se congestionnent ainsi que les autres viscères abdominaux. Ces deux phénomènes passagers, nervosisme et pléthore veineuse, suffisent pour décider le retour des coliques hépatiques.

Les faits cliniques semblent donner raison à cette manière de voir. La lithiase biliaire est, en effet, exceptionnelle dans la première enfance, rare dans la seconde, et, ne commence à être communément observée qu'à partir de la puberté, pour acquérir son maximum de fréquence entre 20 et 35 ans. Si, à cette période de l'existence, d'autres causes peuvent être invoquées, il n'en est pas moins vrai que les coliques hépatiques correspondent au moment où les fonctions utérines sont en pleine activité. A l'époque de la ménopause, cette affection traverse une phase. Si les accès ont disparu depuis plusieurs années, il n'est pas rare de les voir reparaître avec leur forme et leur intensité habituelles, et, si malgré le traitement qu'on a dirigé contre eux, ils ont persisté, ils redoublent alors de fréquence et d'acuité. Ces rappels ou redoublements de souffrances coïncident assez volontiers avec des métrorrhagies inquiétantes.

Lorsque la ménopause est définitivement établie, les accidents de la lithiase biliaire changent de caractère. Au lieu d'accès francs avec leurs points classiques et leur cycle accoutumé, on constate des douleurs presque constantes et pas très vives et ayant leur siège à l'hypochondre droit. En somme, à un état maladif intermittent, succède un état permanent qui persiste souvent des semaines et des mois. Les règles reparaissent alors sous forme de pertes tantôt légères et de courte durée, tantôt, au contraire, fortes et longues, et, au bout d'un laps de temps variable, tout rentre dans l'ordre.

Quand l'écoulement menstruel, au lieu d'être supprimé définitivement comme à la ménopause, n'est que suspendu comme dans la grossesse, il y a également suspension des accès de colique hépatique. Cette espèce d'immunité dont jouissent les femmes grosses dure ordinairement jusqu'au retour de couches et même jusqu'à la fin de la lactation. Cette dernière règle est moins inflexible que pour la grossesse elle-même, parce que sans doute l'arrêt de la menstruation est moins absolu dans un cas que dans l'autre. Il arrive, en effet, que certaines femmes sont obligées, à cause de la violence et aussi de la fréquence de leurs accès, soit de prendre une nourrice, soit de sevrer prématurément leur enfant, tantôt parce qu'elles n'ont plus assez de lait, tantôt parce qu'il s'est altéré. De ce fait, on pourrait presque déduire qu'à l'instar des fonctions de l'utérus celles de la mamelle sont bouleversées par la cholélithiase. Si, pendant toute la durée de la gestation et de l'allaitement, le foie sommeille, il se réveille brusquement à l'époque du sevrage. Non seulement les crises de colique hépatique reviennent, mais encore elles redoublent d'intensité. On dirait que les calculs, trop longtemps emprisonnés dans la vésicule biliaire, éprouvent le besoin de sortir en

toute hâte. Au bout de quelques semaines, parfois de quelques mois, la maladie reprend la physionomie qu'elle avait avant la grossesse.

Depuis qu'on pratique sur une vaste échelle des opérations sur l'utérus et ses annexes, je me suis aperçu que l'intervention chirurgicale paraissait avoir du retentissement sur les maladies du foie, soit qu'elles existassent effectivement, soit qu'elles se trouvassent seulement à l'état latent. Malheureusement, les faits que j'ai consignés ne sont pas assez nombreux pour m'autoriser à prendre des conclusions fermes. Ils se bornent en effet à cinq cas. Dans trois d'entre eux, le curettage fut suivi d'accès de colique hépatique chez des jeunes femmes qui n'en avaient pas eu jusqu'alors ; dans le quatrième, l'ablation partielle du col, et, dans le cinquième, la laparotomie pour un kyste de l'ovaire, ramenèrent des accidents du même ordre chez des personnes qui n'en avaient plus souffert depuis plusieurs années. Chez l'une, les souffrances se manifestèrent peu de temps après l'opération ; chez une autre, quelques jours après ; chez les trois dernières, au moment de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Je n'ai pas remarqué que, dans ces cas, les troubles de l'excrétion de la bile aient empêché ou retardé la guérison. C'est au traumatisme utérin, et, peut-être aussi à l'immobilité prolongée à laquelle avaient été condamnées les malades, avant et après l'opération, qu'on doit imputer cette apparition brusque de souffrances.

De toutes ces considérations, il ressort que les manifestations douloureuses et répétées de la lithiase biliaire retentissent sur les menstrues, qu'elles en troublent la régularité et en modifient la quantité, que pendant la grossesse ces crises s'apaisent, qu'au moment du sevrage elles redoublent d'acuité, qu'à la ménopause, elles s'accompagnent parfois de métrorrhagies, qu'enfin les opérations chirurgicales pratiquées sur l'utérus, paraissent en favoriser le retour ou les faire naître quand, jusqu'alors, elles n'existaient qu'à l'état latent.

PATHOLOGIE EXTERNE

Deux cas de névralgies rénales idiopathiques provoquées par une contraction énergique des uretères chez deux personnes hystériques ;

Par le D[r] **Barthélemy Guisy**, professeur agrégé à la Faculté de Médecine d'Athènes.

Comme l'ont très bien démontré M. le D[r] Félix Legueu et plusieurs savants français, anglais et étrangers, écrivains distingués, par des observations cliniques très précises et des cas indiscutables, on est certain aujourd'hui de l'existence de la névralgie rénale idiopathique et de sa pathogénie qui est l'irritation du plexus rénal.

En effet, l'existence de cette cause a été démontrée par quantité d'observations judicieuses, auxquelles j'ai ajouté les remarques que j'ai faites dans trois cas analogues, remarques que j'ai publiées dans le journal médical *Galien*, l'une sur un Italien de 40 ans, névropathe, en 1895 ; l'autre cas me fut offert par un cocher, âgé de 34 à 35 ans, également névropathe ; le troisième cas sur un enfant de 7 ans, l'affection fut causée par les fièvres paludéennes. Nous avons l'idée que les personnes hystériques peuvent éprouver des coliques rénales provenant d'une contraction de l'un ou des deux uretères, comme cela arrive par le passage d'une petite pierre rénale.

M. Charcot, dans son livre sur les maladies nerveuses, dit que « les uretères sont des conducteurs d'une grande contractilité », aussi en parlant de l'ischurie hystérique, dit-il « que l'obstacle n'est ni dans l'urèthre, ni dans la vessie, il est plus haut, soit dans les uretères, soit dans le rein », etc. M. le D[r] Mulder dit avoir observé des uretères contractés énergiquement sur un homme atteint d'exstrophie vésicale. M. le D[r] Valentin dit aussi avoir remarqué les uretères fortement contractés à cause d'une irritation des centres nerveux.

Il est reconnu que sur les personnes hystériques, on observe très souvent de contractions, d'une grande durée, de la langue, de l'œsophage, des intestins, du col de la vessie, de l'urèthre, etc., comme nous-même nous l'avons plusieurs fois observé. Nous avons vu un individu hystérique lequel, après une grande irritation des nerfs causée par une querelle, fut atteint d'une ischurie complète provoquée d une forte contraction du col de la vessie. La dilatation de la vessie était arrivée jusqu'à l'ombilic parce que le malade n'avait pas uriné depuis 24 heures.

M. le D[r] Lecorché a accepté en partie que la provenance des névralgies rénales idiopathiques était causée par une contraction spasmodique des uretères. M. Bartels, dans son ouvrage sur les maladies des reins, écrit que l'irritation des nerfs du bassinet et des uretères provoque des douleurs très fortes ou coliques rénales, comme à la lithiase rénale.

M. Sappey, dans son Anatomie descriptive, dit que les uretères sont d'une contractilité particulière et raconte les expériences faites par MM. Muller, Ludwig, Donders, Goubeaux et Vulpian, qui ont démontré la grande contractilité et les mouvements rhytmiques des uretères, qui prennent leurs nerfs du plexus rénal, du spermatique et de l'hypogastrique.

De tout cela et des observations que j'ai faites, ainsi que des cas que je raconterai ci-dessous, j'ai formé le jugement qu'il peut arriver que les névralgies rénales idiopathiques proviennent d'une contraction énergique de l'un ou des deux uretères.

PREMIER CAS.

Le 13 du mois de juillet passé, je fus appelé pour visiter un individu de 22 ans, italien, G. . A..., qui était atteint, après des troubles psychiques, de fortes douleurs dans la région rénale, surtout du côté gauche. Je constatai, en effet, que ce malade se tordait sur son lit et avait le visage pâle et couvert de sueurs froides et criait fortement. Il vomissait presque continuellement. Lorsque je lui demandai quel était le point de départ de ses plus fortes douleurs, il me répondit qu'elles partaient de la région du rein gauche et descendaient après vers la région hypogastrique, vers la vessie suivant le parcours de l'uretère gauche, mais les douleurs s'irradiaient aussi du côté droit, moins fortes. La douleur rénale a duré de cinq heures et demie du soir à sept heures du matin. Pendant cet espace il n'avait pas uriné du tout. Quand je lui faisais des injections de morphine, les douleurs se calmaient un peu pendant quelques moments mais après reprennaient leur intensité. Pendant cet espace, il avait de fréquents vomissements. Durant la durée des douleurs le testicule gauche se contractait fortement vers le canal inguinal. Je voulus examiner la région rénale, et surtout le rein gauche, d'où partait la plus forte douleur : cela me fut impossible parce que le malade poussait de grands cris au moindre contact, ayant de violentes douleurs. Je fus obligé de le chloroformiser pour faire un examen minutieux.

Durant la chloroformisation, j'examinai bien le malade la région rénale en avant, sur la partie antérieure du ventre, alors j'ai trouvé du côté gauche une tumeur ovale dure ou rénitente qui tenait au rein gauche et descendait un peu avant et en dedans et disparaissait dans l'intérieur du ventre. Par le sondage de la vessie, j'ai trouvé la vessie presque vide, se-

ment la valeur d'une tasse à café d'urine claire que j'ai fait sortir par la sonde de Nélaton. Cependant le malade avait passé treize heures et demie sans avoir uriné; il est donc naturel d'accepter une hydronéphrose causée par une petite pierre rénale fixée dans l'uretère; mais après que le malade fut sorti de la chloroformisation, il lui vint envie d'uriner, on lui donna un vase de nuit qu'il a rempli aux deux tiers de sa contenance, ce qui m'a surpris; dès ce moment la tumeur que nous avons trouvé, en examinant son ventre, a disparu : au moment où je me disposais à quitter le malade, il exprima de nouveau le besoin d'uriner, et en ma présence il a uriné en assez grande quantité. Chose curieuse, il n'est pas sorti avec les urines aucune pierre rénale. Depuis le malade a passé trois mois entiers sans voir sortir aucune pierre. Depuis ce temps il va très bien, urine physiologiquement et ne ressent aucune douleur. Ce malade est très hystérique, le père souffre d'épilepsie et sa mère est très hystérique.

SECOND CAS.

Au mois de janvier dans la nuit, vers les deux heures du matin, M. le Dr Marcaris, à Syra, fut appelé pour visiter un malade âgé de 17 ans, souffrant de douleurs très vives dans la région lombaire ou rénale. Le susdit docteur, une fois arrivé, trouva le malade poussant des cris affreux et se tordant sous l'empire de vives souffrances; d'après ce que m'a rapporté le docteur, ces douleurs partaient du rein gauche et s'irradiaient sur toute la longueur de l'uretère gauche vers la vessie. Ces douleurs étaient accompagnées de contractions des testicules et de violentes nausées. Le docteur ayant demandé au malade s'il avait éprouvé autrefois ces mêmes douleurs, il répondit que l'année passée, presque à la même époque, il avait ressenti les mêmes souffrances, mais moins violentes, et qu'elles avaient disparu après applications de cataplasmes sur le ventre et de potions émollientes. Mais dans le cas dont nous nous occupons, les douleurs étaient, parait-il, plus fortes et d'une plus grande durée. Le malade ne pouvait pas uriner, à peine sortait-il quelques gouttes d'urine claire. Le docteur lui avait prescrit pour calmer les douleurs intérieurement de l'antipyrine avec de la belladone; en même temps, il lui a mis des ventouses sèches sur la région rénale et des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Après une demi heure, les douleurs ayant diminué d'intensité, le malade a demandé à uriner et à la grande surprise du médecin, le malade a uriné sans douleurs et facilement six grands verres et demi pleins. Après une demi-heure, nouveau besoin, et cette fois, issue de deux grands verres d'urine d'une couleur foncée. Depuis le malade éprouva un grand soulagement. J'ai demandé au docteur s'il avait bien attentivement examiné le malade. Il m'a répondu que le Dr D. Apostolides, chirurgien à Syra, appelé en consultation, avait trouvé la région hypogastrique comme la région rénale du côté gauche en avant comme en arrière très sensibles. Ces jours derniers, ayant vu le Dr Apostolides venu de Syra, je l'ai interrogé moi-même sur ce sujet ; il m'a répondu qu'il avait trouvé en avant du ventre sur la région du rein gauche une tuméfaction rénitente, mais à cause des souffrances du malade, il ne put pas bien vérifier, et il a ajouté qu'il avait cru à la présence d'une petite pierre rénale dans l'uretère; mais, après l'examen de la vessie l'ayant trouvée presque vide, après l'énorme quantité des urines n'ayant vu sortir aucune petite pierre rénale avec les urines, il a, lui aussi, pensé qu'il s'agissait d'une contraction hystérique de l'uretère gauche, et les coliques rénales ou les pseudo-coliques s'expliquaient ainsi. — Un an à peu près que s'est passé sans que le malade ait remarqué la sortie de petites pierres rénales par les urines. — Les parents du malade sont névropathes avérés : sa mère a eu un frère qui est mort fou ; elle-même est très hystérique; le père souffre d'une forte gastralgie depuis longtemps; le frère de son père souffrait d'épilepsie et en est mort.

DONS AUX UNIVERSITÉS. — M. Rockefeller le millionnaire de Chicago n'a pas songé à réclamer sous forme de [illegible] anonyme des trente-cinq millions qu'il a versés pour l'Université de Chicago, et il s'est tout récemment rencontré un bienfaiteur anonyme qui a donné deux millions cinq cent mille francs pour construire la bibliothèque de l'Université de New-York.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Recherches pharmacologiques sur l'Hémoglobine.

Le *Progrès médical* du 4 juillet 1896 comporte nos essais comparatifs sur les hémoglobines commerciales, destinées à la thérapeutique. La vérité semble être encore que l'hémoglobine, ou plus exactement l'oxyhémoglobine doit être en poudre cristalline d'un rouge clair analogue au rouge brique ; tandis que des cristaux plus ou moins foncés sont l'indice de plus ou moins de méthémoglobine, fixée par altération.

Nous sommes aujourd'hui plus circonspect quant à la solubilité ; c'est-à-dire que certaines hémoglobines commerciales, dites les plus solubles, nous ont paru l'être sous le couvert d'un artifice consistant à utiliser le grand pouvoir dissolvant des solutions alcalines étendues. Les recherches poursuivies dans notre laboratoire, sur diverses hémoglobines qui vraisemblablement proviennent toutes du sang du cheval, nous ont fourni les résultats suivants :

1° Solubilité de l'hémoglobine			dans l'eau = de 8 à 10 0/0
2°	—	—	dans l'alcool à 10 0/0 = 5 0/0
3°	—	—	dans le vin blanc = 4 0/0
4°	—	—	dans le vin rouge = 3 0/0

La solubilité devient plus grande dans les vins liquoreux et semble favorisée par l'addition de glycérine. En effet, on trouve sous le nom d'*hémoglobine liquide*, une solution ainsi constituée :

Hémoglobine.	1 kilogr.
Eau distillée.	1 —
Glycérine	400 grammes.

M. S. A.

et dont 100 grammes contiennent effectivement, après évaporation dans le vide, 41 gr. 60 centigr. d'hémoglobine sèche.

Il est à noter que l'hémoglobine est moins soluble dans les vins ordinaires, que dans un mélange correspondant d'eau et d'alcool. Ce qui semble bien dû à la présence du tannin dans les vins, d'autant que le vin blanc est meilleur véhicule que le vin rouge. De plus, nous avons eu avec ce dernier liquide un magma, dont nous n'avons pas encore l'explication, mais qui, dans tous les cas, rend la filtration très difficile, sinon impossible. C'est pourquoi nous conseillons d'adopter comme excipient le vin blanc de préférence au vin rouge, suivant la formule suivante :

Vin d'hémoglobine :

Poudre d'oxyhémoglobine. . . .	50 grammes.
Vin blanc.	1 litre.

F. S. A. un vin composé dont une cuillerée à bouche représente 0 gr. 45 centigr. de poudre d'hémoglobine. Il est à retenir que pour toutes les préparations pharmaceutiques nous proscrivons l'hémoglobine dite en paillettes, qui par sa teneur plus ou moins grande en gomme arabique est bien moins soluble dans l'alcool.

Pour le *sirop d'hémoglobine*, nous conseillons :

Poudre d'oxyhémoglobine. . . . [illegible]0 grammes.

Eau distillée, le moins possible pour dissoudre *à froid*, et mieux en concentrant par évaporation dans le vide, la solution aqueuse complète.

Sirop de sucre. . . . 1.000 grammes.

F. S. A. un sirop dont une cuillerée à bouche contient 0 gr., [illegible] centigr. d'hémoglobine.

L'élixir suivant est assez agréable et bien supporté :

Poudre d'oxyhémoglobine. . .	40	grammes.
Eau distillée.	500	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.	400	—
Teinture de coca érythroxyla . .	100	—

F. S. A. un élixir.

Pour *pilules d'hémoglobine*, on prépare avantageusement une *hémoglobine extractive*, par évaporation dans le vide, jusqu'à consistance ferme, d'une solution dans un mélange de glycérine et d'eau. Et alors, on prescrit :

Hémoglobine extractive. . . 0 gr. 20 centigr.

pour une pilule qui représente environ 0 gr. 10 centigr. de poudre d'oxyhémoglobine.

On peut encore formuler :

Poudre d'oxyhémoglobine. . .	0 gr. 10 centigr.
Extrait de gentiane	Q. S.
Pour une pilule.	

Les pilules doivent être récentes et toujours préparées en petite quantité. D[r] Paul CORNET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 *avril.* — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Appendicite et entérocolite.

M. LABBE pense qu'on exagère la fréquence de l'appendicite qui suscite actuellement une véritable terreur. Au point de vue chirurgical, il distingue, avec M. Talamon, quatre formes : *a*) l'appendicite perforante d'emblée ; *b*) l'appendicite avec péritonite à foyer limité ; *c*) l'appendicite plastique ; *d*) l'appendicite chronique à répétition. Cette classification a une grande importance, car elle permet de préciser la conduite du chirurgien. Dans l'appendicite perforante d'emblée, M. Labbé doit avouer que l'intervention ne sert presque à rien, et cependant on doit opérer, car c'est la seule chance de salut pour le malade. La forme limitée est le triomphe de la chirurgie, mais il faut intervenir de bonne heure pour éviter l'infection générale. La forme plastique est justiciable du traitement médical, et l'intervention chirurgicale n'est pas de mise. L'appendicite chronique à répétition, les coliques à répétition de l'ancienne médecine constituent la forme la plus importante en raison de l'opération à froid si simple et si sûre, grâce à l'antisepsie.

M. DIEULAFOY rapporte une longue série d'observations de faits d'entérocolites suivies des mois et des années sans appendicite. Elles sont dues à MM. Tanche, Chabbert, Renou, Couder, Charrier, Hudelo, Hirtz, etc. Pour l'enfant, M. Dieulafoy donne l'opinion si importante de M. Hutinel : « Les entérites muqueuses, muco-sanguinolentes et muco-membraneuses sont loin d'être rares chez les enfants ; l'entérite folliculaire à marche subaiguë en est le type le plus caractérisé. C'est dans le cas où la localisation semble prédominer à la région cæcale que *l'on peut croire à l'existence d'une appendicite* et proposer l'opération *alors que l'appendicite n'existe pas.* » M. Hutinel a vu trois enfants chez lesquels l'opération fut proposée et qui faillirent être opérés à cause de la localisation de la douleur à la fosse iliaque. « Je ne m'étonne pas d'avoir vu, dit M. Hutinel, des chirurgiens de la plus haute valeur se tromper sur ce point, et, pour ma part, je n'ai pas encore observé d'appendicite au cours de ces entérites. » En raison de tous ces faits, il persiste plus que jamais dans sa conclusion absolument conforme à celle de M. Potain : « L'appendicite, j'entends, non pas la pseudo-appendicite, mais l'appendicite vraie, vérifiée par l'opération, ne survient que très rarement et à titre tout à fait exceptionnel, dans le cours des entérocolites. Il ne nous est donc pas permis, jusqu'à plus ample informé, de considérer l'appendicite comme la suite, ou comme l'aboutissant des entérocolites. »

M. GLÉNARD insiste sur le rôle de l'entéroptose comme cause de l'appendicite. L'étiologie est d'ailleurs complexe et le traitement le plus efficace de l'entéro-colite est celui qui répond à la quadruple indication de combattre la ptose viscérale et la diminution de tension de l'abdomen, d'activer les sécrétions hépatiques et intestinales, d'adapter l'alimentation à l'état fonctionnel des organes, de combattre l'acidité des humeurs. Un tel traitement, d'abord palliatif, devient ensuite curatif. Il est certainement, dans tous les cas, prophylactique.

Extirpation extemporanée par les voies naturelles des gros polypes naso-pharyngiens.

M. DOYEN. — L'ablation des polypes naso-pharyngiens volumineux demeure une des opérations les plus graves et les plus émouvantes, et n'a pas sensiblement bénéficié des progrès récents de la chirurgie. L'hémorragie effrayante qui se produit dès qu'on aborde ces tumeurs, l'accès difficile de leur point d'implantation sont, à juste titre, redoutés de la plupart des opérateurs. Aussi les chirurgiens qui tentèrent l'ablation des gros polypes naso-pharyngiens proposèrent-ils de les atteindre par une voie indirecte.

Manne, en 1717, tenta l'incision médiane du voile du palais. Dieffenbach, en 1834, Maisonneuve, en 1859, firent une boutonnière palatine longitudinale. Bœkel préfère l'incision transversale, à l'union du palais osseux et du voile. Nélaton, en 1848, ajouta à la section du palais la résection partielle de la lame palatine du maxillaire supérieur. Dupuytren préconisa la voie nasale. Il incisait le nez sur la ligne médiane et écartait les os propres et les cornets. Chassaignac détachait le nez d'un côté pour le rabattre sur la joue opposée. Ollier pratique depuis 1875 l'ostéotomie verticale des os propres du nez, qu'il rabat sur les lèvres.

La résection du maxillaire supérieur a été faite pour la première fois, dans le but d'extraire un polype naso-pharyngien, par Syme, en 1842. Cette opération fut répétée par Michaux, Maisonneuve, Verneuil. Langenbeck exécuta le premier, en 1859, la résection temporaire du maxillaire supérieur, déjà proposée en 1852 par Huguier, qui ne la tenta sur le vivant qu'en 1860. Brunns, plus récemment, proposa la simple résection de l'arcade zygomatique.

Cette longue énumération de procédés opératoires, tous graves et compliqués, tous caractérisés par des mutilations étendues et souvent irrémédiables, permet de juger de prime abord des difficultés exceptionnelles que présente l'ablation de ces tumeurs.

Nous n'avions jamais observé de polype naso-pharyngien qui ne pût être enlevé soit par la voie nasale, soit par la voie pharyngée, à l'aide du serre-nœud ou des pinces spéciales que nous avons fait construire à cet effet et que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie de Médecine, lorsque, le 19 avril 1894, se présenta à notre examen, à Reims, un enfant de 15 ans, le voile du palais déformé par un polype énorme qui remplissait le pharynx, les fosses nasales et le sinus maxillaire. Des hémorragies fréquentes et redoutables mettaient ses jours en danger. La moindre exploration digitale déterminait une perte de sang inquiétante et d'autant plus difficile à maîtriser, que le volume de la tumeur occasionnait un état de suffocation presque permanent.

L'expérience que nous avions déjà de l'ablation extemporanée de tumeurs assez volumineuses du pharynx et des fosses nasales nous fit décider de rejeter de propos délibéré les mutilations généralement proposées en pareil cas, et de tenter l'ablation rapide par les voies naturelles. — Ne redoutez-vous pas l'hémorragie ? objecta un des confrères présents. — Pourquoi la craindre ici plutôt que dans les opérations de goitre ou dans l'hystérectomie?

Nous avions fait construire, par M. Collin, une rugine courbe sur le plat, analogue à celles qui servent à décoller les tissus mous du palais dans la staphylorraphie et disposée de manière à suivre exactement de haut en bas l'apophyse basilaire de l'occipital. Le malade endormi et placé la tête déclive, nous saisissons la portion visible de la tumeur, au fond du pharynx,

avec une pince de Museux et nous explorons de l'index droit le point d'implantation du polype. Le sang s'écoule à flots. Un coup de rugine, et la tumeur entière, détachée comme une huître de son écaille, est extraite. Les prolongements nasaux et maxillaires étaient si volumineux, que lorsqu'au bout de quelques minutes, nous avons enlevé le tampon de gaze appliqué dans le pharynx à l'issue de la tumeur, je reconnus une déchirure latérale du voile du palais; toute hémorragie avait cessé.

Quelques points de suture et l'enfant guérit en quelques jours. Pas de récidive. — Cette opération, tellement rapide — l'énucléation avait duré quelques secondes, et les assistants avaient à peine eu le temps de se rendre compte que tout était terminé — venait apporter une confirmation éclatante à notre méthode générale d'énucléation rapide des tumeurs, sans hémostase préventive, méthode que nous avons depuis dix ans appliquée avec tant de succès aux opérations les plus variées, diminuant à la fois leur durée et leur gravité. Maisonneuve avait fait la même remarque à propos de l'ablation, qu'il exécutait d'une manière si magistrale, du maxillaire supérieur. « Ne vous préoccupez pas du sang — enlevez l'os, enseignait-il à ses élèves, et l'hémorragie s'arrête comme « par enchantement. »

Nous étions demeuré de longs mois sans avoir tenté de nouveau cette ablation extemporanée d'un volumineux polype naso-pharyngien, lorsque, en janvier dernier, nous avons eu l'occasion d'examiner, à notre clinique de l'avenue d'Iéna, à Paris, un nouveau cas, exceptionnellement grave, de la même affection. L'opération eut lieu le 2 février.

L'enfant, que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie et qui est encore aujourd'hui, sept semaines après l'opération, pâle et chétif, se trouvait dans un état de dépérissement extrême. Il présentait à la joue gauche une large cicatrice de résection partielle du maxillaire supérieur. Le voile du palais avait été entièrement incisé.

Depuis quatre ans, outre ces mutilations absolument inefficaces, l'enfant subissait de loin en loin une tentative de morcellement de sa tumeur. Chaque fois il se trouvait anémié par une perte de sang considérable. Plus on renouvelait ces tentatives et plus l'état général s'aggravait.

Lorsque le malade s'est présenté à moi, la tumeur était tellement volumineuse, qu'elle remplissait presque entièrement la cavité pharyngo-buccale, si bien que l'enfant, épuisé par les hémorragies, était en même temps menacé de succomber d'inanition et pouvait à peine avaler. Il ne pouvait plus serrer les mâchoires. Le petit malade, âgé de 14 ans, est doué d'une énergie et d'un courage étonnants à cet âge. Il se fit photographier la veille de l'opération, comme s'il allait mourir, et vint se soumettre bravement au chloroforme. Nous avions fait construire pour ce cas par M. Collin deux nouvelles rugines, de forme très différente, afin d'être sûr d'atteindre toute l'implantation de cette énorme tumeur.

Le malade placé la tête déclive, j'essaie de saisir le polype avec des pinces de Museux. La partie accessible, bourgeonnante et suppurée, se déchire. L'exploration digitale immédiate du point d'implantation détermine une hémorragie telle que l'enfant pâlit et suffoque. Pas un instant à perdre. L index gauche dans le pharynx, comme guide, je détache de trois coups de rugine aussi énergiques que rapides la tumeur, et je tamponne le pharynx. A peine deux minutes s'étaient-elles écoulées que, retirant le tampon de gaze, je constate l'absence de toute hémorragie. La tumeur principale avait été extraite d'une seule pièce, avec ses prolongements nasaux et maxillaires.

Je fis constater aux assistants, en recueillant les caillots, que l'hémorragie, si subite et si effrayante au moment où elle s'était produite, n'avait pas comporté beaucoup plus d'une centaine de grammes de sang. C'est qu'elle avait à peine duré trente secondes. Il ne fut même pas nécessaire de laisser un tampon à demeure.

Un troisième cas s'est enfin présenté à notre clinique de Paris, il y a quatre semaines. L'enfant, âgé de 16 ans, portait, au-dessus du voile du palais, une large tumeur dure avec prolongements nasaux. Le diagnostic exact n'avait été fait par aucun des confrères qui avaient été appelés à l'examiner. La tumeur, sessile et impossible à saisir avec des pinces à griffes, fut extraite à l'aide des mêmes instruments que la précédente. Mais, comme ici il était impossible de franchir en haut les limites de la zone d'implantation, celle-ci fut pénétrée latéralement et la rugine fut portée en haut, vers la racine du vomer, puis en bas, et la masse principale extraite en quelques instants. L'hémorragie immédiate a été, comme dans les deux autres cas, considérable.

Au bout de quinze jours, remarquant que l'enfant, depuis longtemps de retour chez ses parents, avait encore les narines obstruées, je pratiquai la rhinoscopie et constatai la présence au fond des narines, de la gauche surtout, d'un prolongement polypeux dont le point d'union à la masse principale avait dû céder lors de la première intervention. L'enfant endormi de nouveau, ce qui était demeuré du polype fut extrait sans peine d'un seul coup d'une de nos pinces à tumeurs adénoïdes. L'examen de ces tumeurs en a démontré la structure vasculaire. Ce sont de véritables fibromes érectiles.

Il est intéressant de comparer ces deux enfants : le dernier, opéré d'emblée par notre méthode extemporanée ; le premier, victime de la chirurgie hésitante et laborieuse. Le dernier guéri sans aucune trace apparente de sa redoutable affection, le premier, inutilement mutilé dans une série d'interventions où l'on s'est acharné sur les os de la face, sur le palais, détruisant ce qu'il eût fallu ménager, déterminant des cicatrices indélébiles, tandis que la tumeur, après chacune de ces tentatives où l'on ne pouvait l'atteindre, augmentait de volume et s'aggravait de jour en jour.

J'ai présenté à l'Académie cet enfant avant la staphylorraphie, afin de mieux faire juger l'état de cicatrisation du large point d'implantation de la tumeur. Le palais sera réparé d'ici peu. Nous proposons donc pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, de quelque volume qu'ils puissent être, l'énucléation extemporanée par les voies naturelles. Le point d'implantation est toujours postérieur au vomer.

Le pédicule détaché, les prolongements faciaux sont extraits avec la masse principale de la tumeur. Ces prolongements distendent, sans adhérer à leur paroi, les cavités de la face. Leur extraction d'un seul bloc serait-elle impossible, le morcellement en serait aisé et inoffensif, après détachement complet du pédicule.

Notre méthode est incomparable, tant par son innocuité que par ses résultats. Opérez vite. Attaquez d'emblée le point d'implantation du néoplasme : le sang coule à flots, hâtez-vous, hâtez-vous encore, la tumeur est extraite ; le sang cesse de jaillir comme par enchantement. Nous avons déjà signalé notre procédé d'extirpation rapide des goitres. En six, huit, dix, douze minutes, tout est terminé y compris le pansement. Nous enlevons de même les tumeurs érectiles volumineuses. Incisez ces tumeurs, morcelez-les et tout saigne d'une manière effrayante. Coupez au contraire à quelque distance en plein tissu sain, et c'est à peine si vous aurez à lier ou à tordre quelques artérioles. Quant aux veines, le plus souvent elles s'affaisseront d'elles-mêmes.

Nous avons généralisé à toute la chirurgie les méthodes rapides et nous avons proscrit des opérations toute manœuvre, tout instrument qui ne soit indispensable.

Les chirurgiens s'habitueront donc à cette idée, si subversive qu'on la puisse prétendre, que, moins on fait d'hémostase préventive et moins on perd de sang. Notre méthode a pu paraître trop osée. Aujourd'hui, elle a fait ses preuves entre les mains de nombreux chirurgiens. C'est la méthode de l'avenir. Plus de manœuvres prolongées, plus d'instruments inutiles ; le temps, pour l'opéré, c'est la vie.

Du tubage du larynx dans les opérations sur la cavité naso-buccale, la plèvre et le poumon.

Il ne sera pas sans intérêt de présenter à l'Académie, à propos de ces opérations de polypes naso-pharyngiens où le sang menace d'obstruer les voies aériennes, les canules spéciales à tubage du larynx que j'ai fait construire par M. Collin et dont je fais usage depuis plusieurs mois pour les opérations de staphylorraphie, les opérations sur le poumon, etc. Ces canules laryngées, qui se placent aisément chez l'adulte comme chez l'enfant à l'aide d'une pince courbe, permettant de faire

la narcose à distance comme la canule à trachéotomie de Frudelenbourg, mais par les voies naturelles, et de mener à bien sans interruption, les opérations les plus délicates. Dans les opérations sur le poumon, leur emploi permet l'insufflation de cet organe. Il nous est arrivé également, dans un cas de syncope subite chez une jeune fillette, au moment de l'ouverture large de la plèvre droite, pour l'extirpation d'un sarcome de la paroi thoracique et des côtes, de suppléer avec succès à l'insufflation trachéale, à laquelle nous n'étions pas préparé, par la suture rapide en surjet de la peau et par l'aspiration de l'air qui remplissait la plèvre. Nous reviendrons ultérieurement sur ces faits intéressants.

Fièvres typhoïdes attribuées à l'épandage direct des matières fécales sur les légumes.

M. Geschwind rapporte un fait de ce mode de contagion observé sur cinq sous-officiers de Bayonne. Le bacille d'Eberth, le coli, le bacille de Koch ont été constatés sur les légumes provenant des champs d'épandage.

Forme actinomycosique du bacille de la tuberculose.

MM. Babès et Lovaditi signalent cette forme spéciale obtenue dans leur culture et permettant de placer le bacille de Koch dans le même groupe que l'actinomycose, c'est-à-dire dans une famille intermédiaire aux bactériacées et aux ascomycètes. A.-F. Plicque.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Session d'avril 1897.

La section de médecine s'est réunie le mercredi 21 avril sous la présidence de M. Le Roy de Méricourt.

1° Lecture est donnée d'une note de M. Tessier, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, sur la : *Valeur diagnostique de l'indice céphalique pour la différenciation de l'épilepsie vraie (larvée ou convulsive) et des crises épileptiques symptomatiques.* L'auteur rapelle la difficulté de diagnostiquer le mal des comices, pour cette raison qu'on n'a trouvé jusqu'ici aucun symptôme pathognomonique de la maladie, mais un ensemble de signes plus ou moins importants. C'est ainsi que le *phénomène convulsif* est en lui-même insuffisant, puisqu'on peut le rencontrer dans l'hystérie, l'intoxication saturnine, l'urémie, ainsi que dans certains accidents réflexes dus, soit au ténia, soit à des produits de fermentation gastrique. C'est ainsi que la *perte de connaissance* peut aussi bien accompagner l'éclampsie d'origine rénale, que l'éclampsie d'origine cérébelleuse ou mal caduc; et que les phénomènes cloniques se trouvent aussi bien dans les crises épileptiformes dues à l'urémie ou aux tumeurs cérébrales. Enfin, même le *cri initial* peut précéder les crises d'encéphalopathie saturnine, ou certains accès d'hystéro-épilepsie. M. Féré a bien cherché, par une première série de recherches, à donner une certaine valeur au rapport des phosphates alcalins et terreux dans l'excrétion urinaire, mais on ren contre dans certains cas d'épilepsie l'inversion des phosphates, propre à l'hystérie.

C'est pour ces raisons que M. Teissier attire de nouveau l'attention sur les déformations du crâne et de la face, propres aux épileptiques. Ce qui caractérise le crâne épileptique, c'est un degré très accentué de brachycéphalie ; l'indice céphalique céphalométrique atteint souvent 85 et 87, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'il marque moins de 83. Par contre, dans tous les cas non épileptiques, l'indice est 80, et jamais supérieur à 82-83. Néanmoins il y a certaines variations dans les moyennes, suivant les régions topographiques et pour des raisons probablement ethniques.

Ce travail est étayé sur des observations avec figures, et les conclusions qui le terminent sont les suivantes : dans les constatations de phénomènes épileptiformes suspects, un indice céphalique supérieur à 83 implique toujours l'idée de mal caduc; au-dessous de 80, il faut toujours entrevoir la possibilité d'accidents purement réflexes ou toxiques.

2° A noter, une courte communication de M. Linossier sur la *pepsine dans le chimisme stomacal.* D'après l'auteur, l'étude des variations de la pepsine est trop négligée dans la détermination du chimisme. Il y a toujours de la pepsine, même dans l'anachlorhydrie, et l'absence absolue de pepsine ne se rencontre que dans l'atrophie complète de la muqueuse. D'autre part, il n'est pas vrai de prétendre que la pepsine soit en quantité suffisante quand elle existe. Car, s'il est exact qu'il suffise de très peu de ferment pour dissoudre beaucoup de matières albuminoïdes, il faut reconnaître que la digestion est d'autant plus lente que la quantité de pepsine est moindre. Or, comme la durée du séjour des aliments dans l'estomac varie dans de certaines limites, la digestion peut être interrompue par manque de pepsine, avant d'être suffisamment avancée. Il est, en outre, inexact d'admettre que les variations de la pepsine soient parallèles à celles d'HCl. Comme conclusions : il faut s'appliquer davantage à l'étude des variations pepsiques.

(A suivre.) Dr Paul Cornet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 avril 1897. — Présidence de M. Debove.

Amyotrophie et douleurs chez les hémiplégiques.

M. Gilles de la Tourette attribue l'amyotrophie et les douleurs des hémiplégiques à l'arthrite qui se produit par l'immobilisation paralytique des articulations du côté frappé. Cette amyotrophie et ces douleurs ne surviendraient pas chez les malades dont on mobilise artificiellement dès le début les articulations.

M. P. Marie ne nie pas l'influence des troubles articulaires dans ces amyotrophies, mais admet qu'elles peuvent survenir par le fait d'une lésion nerveuse centrale.

Sable intestinal.

M. Mathieu présente un échantillon abondant de sable intestinal. Il se demande si ce sable intestinal n'existe pas dans certains cas de constipation ordinaire. La présence du sable intestinal coïncidait avec des coliques violentes qui pouvaient en imposer pour des coliques appendiculaires et que la présence du sable seul ne permettait pas d'expliquer.

Dysphagie et troubles de la parole dus aux lésions de l'hémisphère cérébral droit.

M. P. Marie, au nom de M. Kattwinkel et au sien, fait remarquer la fréquence de la disparition du réflexe pharyngé et de la dysphagie dans les cas de lésions de l'hémisphère droit. Ils ont constaté des troubles de la parole très fréquents mais ne consistant pas en aphasie, mais bien en troubles de l'articulation des mots.

Azoturie dans la pérityphlite.

M. Revilliod (de Genève) a constaté dans la pérityphlite, dont il affirme l'existence à côté de l'appendicite, de la polyurie et une notable azoturie (40 à 50 grammes d'urée par jour). Il attribue cette azoturie à la résorption des produits inflammatoires par le système veineux porte et à leur transformation en urée par le foie. Lorsque les troubles inflammatoires ont lieu en dehors du péritoine, les produits résorbés passent dans les veines du système cave et ne traversant pas le foie, ne causent pas d'azoturie. Cette augmentation de l'urée est utile au diagnostic. M. Revilliod est persuadé de sa valeur, l'ayant déterminé plusieurs fois expérimentalement sur les animaux.

Traitement de l'appendicite.

M. Talamon a observé 80 cas d'appendicites. Il conclut, avec son expérience, que dans l'appendicite perforante aiguë la mort est la règle, et que l'on doit se résigner à une opération qui, cependant, est presque toujours inefficace; que l'on doit opérer les appendicites suppurées et les appendicites chroniques à rechutes, qu'on ne doit pas opérer les appendicites plastiques. M. Talamon n'est pas partisan de la résection préventive de l'appendice, sauf dans les cas où cette affection revêt le caractère héréditaire (appendicite familiale). Comme traitement médical, il conseille la morphine, les sangsues, la glace, le repos absolu et la diète liquide avec lait et bouillon. Il recommande, malgré l'opinion de beaucoup, les purgatifs mais non au début de la maladie où ils sont absolument dan-

gereux, mais quand les douleurs aiguës du début sont calmées après quelques jours. Il préfère employer comme purgatifs l'huile de ricin et le calomel, puis après les purgatifs salins ; il proscrit absolument les drastiques.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Achard cite deux observations de séro-diagnostic normal de la fièvre typhoïde. Il a constaté de la réaction agglutinante chez une malade atteinte d'ostéomyélite typhique un an après la guérison d'une fièvre typhoïde. Dans un autre cas, la réaction chez un typhoïdique n'apparut qu'après le dix-huitième jour de la maladie. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 avril 1897. — Présidence de M. E. Delens.

M. le Président annonce la mort de M. le Dr Maisonneuve, ancien membre *fondateur* de la Société de Chirurgie (1).

M. le Dr Jalaguier présente un malade opéré par la *tarsotomie double d'un pied bot double congénital varus équin invétéré.*

La séance est levée en signe de deuil. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 6 avril 1897.

M. Kœnig, secrétaire annuel, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. Valude lit un rapport sur un travail de M. Piton (de Brest) sur les *luxations en haut du cristallin*, qu'il a adressé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national.

M. Despagnet donne ensuite lecture, au nom de M. Sauvineau, d'un mémoire du Dr Valois (de Moulins), sur les *hémorragies rétiniennes chez un hystérique* que l'auteur envoie en posant sa candidature comme correspondant national.

M. Kœnig fait une communication sur la *guérison spontanée* de la cataracte chez des malades diabétiques ou atteints de diathèse urique.

Des hémorragies du fond de l'œil chez les jeunes sujets et les adultes.

M. Ch. Abadie. — Dans un travail publié en 1886 dans les *Annales d'Oculistique* (tome XCV, p. 36), j'ai déjà appelé l'attention des cliniciens sur les hémorragies profuses du fond de l'œil qu'on observe chez les jeunes sujets.

Déjà à cette époque je séparais nettement ces hémorragies de celles qui surviennent chez les personnes âgées et qui relèvent soit d'une artério-sclérose généralisée, soit d'une affection cardiaque. Je les différenciais également de celles qui sont provoquées si fréquemment à l'âge moyen de la vie par les affections rénales, le diabète, l'albumine, le paludisme, etc...

Je faisais remarquer que le caractère propre de ces hémorragies, c'est de survenir précisément chez de jeunes sujets, quelquefois des enfants (je viens d'en observer un cas sur un enfant de 8 ans) jouissant en apparence d'une santé parfaite.

L'examen attentif de tous les organes, l'enquête la plus minutieuse sur les antécédents ne fournissent que des résultats négatifs.

Toutefois, il est deux symptômes sur lesquels je dois insister et qui nous éclairent dans une certaine mesure sur la nature de ces hémorragies. Je veux parler : 1° Des épistaxis qui précèdent ou accompagnent souvent ces épanchements sanguins intra-oculaires ; 2° D'une diminution sensible du chiffre des globules rouges du sang qui a été constatée par M. Malassez sur un de mes malades.

Ces deux signes ont à mes yeux une grande importance parce qu'ils semblent indiquer que ce processus hémorragique est dû à une altération du sang ; aussi est-ce dans ce sens que j'ai dirigé l'action thérapeutique.

Les hémorragies que nous avons en vue en ce moment sont profuses, envahissent le corps vitré, rendant bientôt impossible l'examen ophthalmoscopique.

Lorsque l'irruption sanguine s'est faite dans le vitréum, produisant un nuage sombre diffus qui rend désormais impossible l'examen des parties profondes, il est un moyen précieux d'exploration qu'on ne devra jamais négliger, c'est l'emploi du photophore électrique.

Dans mon premier mémoire publié en 1886, j'avais indiqué le traitement qui déjà à cette époque m'avait donné d'excellents résultats. Ce traitement consistait dans l'association, à l'intérieur, de la limonade sulfurique un verre, l'extrait de quinquina un gramme, le perchlorure de fer de 10 à 20 gouttes, le tout journellement. Pour favoriser la résorption de l'épanchement, l'application de temps à autre de ventouses scarifiées à la tempe.

Depuis j'ai eu souvent l'occasion d'employer cette médication, et elle m'a toujours réussi. Je ne saurais donc trop la recommander de nouveau.

Si je reviens encore aujourd'hui sur ce sujet, c'est parce que j'ai eu souvent l'occasion de voir des malades traités tout différemment et dont la situation était devenue alarmante.

Voici, entre autres, un exemple très démonstratif. Il y a deux ans, un jeune homme, étudiant en médecine dans une grande ville de province où se trouvaient plusieurs oculistes, fut amené à ma consultation ; il était presque aveugle, l'œil gauche totalement perdu, l'œil droit n'ayant qu'une perception qualitative si faible qu'il n'y voyait plus à se conduire.

Il avait déjà vu plusieurs spécialistes et le diagnostic porté avait bien été hémorrhagies de la rétine et du corps vitré, mais toutes les médications conseillées, l'iodure de potassium, le salicylate de soude, etc., n'avaient pas empêché son état de s'aggraver de jour en jour. La limonade sulfurique, l'extrait de quinquina, le perchlorure de fer ne tardèrent pas à l'améliorer. Les milieux s'éclaircirent et bientôt on put reconnaître que le fond de l'œil gauche était profondément désorganisé. Quand on parvint à découvrir la papille, on constata qu'elle était blanche, atrophiée, parcourue par des vaisseaux filiformes le long desquels, sur leur prolongement rétinien, se trouvaient des bandes blanchâtres, irrégulières, vestiges d'un processus destructif hémorragique.

A droite, au contraire, où l'évolution de la maladie était moins avancé , le corps vitré une fois éclairci, la papille apparut presque normale et la restitution de la vue se fit presque *ad integrum.*

Ce jeune homme, actuellement sur le point d'être docteur, a pu reprendre et continuer sans inconvénient ses études médicales.

Cet exemple suffira, je pense, pour montrer combien il est important de faire en pareille circonstance un diagnostic exact et surtout un traitement approprié.

Or, jusqu'ici, je le répète, cette médication si efficace n'est pas entrée dans la pratique courante.

Récemment encore, dans plusieurs mémoires importants, on s'est occupé avec beaucoup de minuties de rechercher si, dans ces cas, l'extravasation sanguine se faisait aux dépens des veines ou des artères de la rétine, mais tous les auteurs sont restés muets quand il s'est agi d'aborder la question du traitement.

Mais des faits nouveaux viennent encore d'attirer mon attention sur ce même sujet.

Depuis quelque temps j'ai observé une autre forme d'hémorragies rétiniennes survenant aussi chez des adultes hommes de vingt-cinq à trente ans, et présentant par certains côtés quelques analogies avec celles dont je viens de parler, mais, méritant néanmoins d'en être séparées tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

Ce sont des hémorragies qui se montrent chez des malades atteints de chorio-rétinites. On sait combien cette dernière affection est commune chez les adolescents et les adultes, combien souvent elle est obscure dans son origine et variable dans ses modalités. Le fond de l'œil peut présenter, par la disposition, l'étendue, le siège des foyers morbides, les aspects les plus variés.

Le corps vitré lui-même peut participer d'une façon éminemment variable au processus pathologique. Tantôt il reste clair et limpide, permettant d'apercevoir très nettement les

(1) Nous avons publié dans notre dernier numéro une notice nécrologique sur Maisonneuve.

lésions rétino-choroïdiennes; tantôt, au contraire, il est flou, floconneux laissant à peine entrevoir les membranes profondes devenues alors presque inexplorables.

Il est rare, je le reconnais, que ces chorio-rétinites, d'aspect si souvent différent, soient accompagnées d'hémorragies en nappes le long des vaisseaux et dans le corps vitré. Pourtant, cela peut arriver; j'en ai vu récemment quelques exemples, et je les signale à l'attention des ophtalmologistes. La présence même de foyers de chorio-rétinite disséminés soit dans le fond de l'œil, soit dans les parties équatoriales, qui précèdent, accompagnent et peut-être déterminent les altérations des vaisseaux et l'extravasation sanguine permettra de différencier cette variété d'hémorragies de celles dont nous parlions tout à l'heure qui ont une origine dyscrasique.

M. Vignes. — Dans son travail, M. Abadie range parmi les principales causes des hémorragies massives intra-oculaires, les choroïdites. Je partage assurément cette manière de voir, car si l'on veut bien considérer combien les hémorrhagies partielles sont fréquentes au cours de ces affections, on accepte bien volontiers que leur influence pathogénique puisse être considérable dans la production d'hémorragies plus étendues. Il est aussi incontestable que le traitement hydrargyrique est fort avantageux pour hâter la résorption du sang épanché dans le corps vitré; mais pour ma part, en dehors d'état spécifique, je lui préfère les injections de solutions d'iode iodurées dites aujourd'hui liquide de Durante. J'ai relaté à la Société française d'ophthalmologie les excellents résultats que j'en ai retirés dans les affections du tractus uréal.

M. Jocqs. — M. Abadie attribue la cause de ces hémorrhagies chez les jeunes gens à un état dyscrasique du sang et il préconise un traitement destiné à combattre cet état. Or, parmi les médicaments énumérés, j'en vois qui paraissent ne jouir que d'une action purement locale sur la coagulation du sang. Je demanderai donc à M. Abadie comment il explique l'action de ce traitement et s'il lui attribue une influence curative sur la contitution du sang.

M. Abadie. — Je réponderai à M. Despagnet que le but de ma communication a été de rappeler tout d'abord qu'il existe une forme d'hémorragie obscure indéterminée, mais justiciable du traitement des hémorragies dyscrasiques en général, c'est-à-dire de l'extrait de quinquina, du perchlorure de fer, de la limonade sulfurique associés. En second lieu, j'ai montré que certaines formes de chorio-rétinites s'accompagnent aussi d'hémorragies abondanles qui peuvent simuler les précédentes, mais dont il faut savoir les distinguer, car elles réclament un traitement différent, c'est-à-dire les injections sous-cutanées mercurielles.

Mais il est fort possible, fort probable même qu'outre ces deux variétés qu'il est déjà possible de distinguer l'une de l'autre, au moins tant que l'épanchement dans le corps vitré n'est pas trop considérable, il est fort probable, dis-je, qu'il en existe d'autres de nature différente et par suite réclamant aussi d'autres traitements.

Je répondrai à M. Jocqs que j'emploie le terme de dyscrasique, parce que c'est celui qu'on applique aux hémorragies dues à des altérations du sang en dehors de tout autre état pathologique appréciable de l'organisme. Aussi je n'ai fait aucune découverte en appliquant au traitement de ces hémorragies rétiniennes le quinquina, la limonade sulfurique et le perchlorure de fer, parce que c'est précisément le traitement recommandé par les auteurs classiques dans les cas où la cause des extravasations sanguines ne semble due à aucune lésion d'organe, mais simplement à une altération du sang.

Quant à M. Vignes, mon désaccord avec lui est aussi complet que possible en ce qui concerne les traitement des chorio-rétinites. Il dit avoir obtenu des bons résultats avec les injections iodo-iodurées de Durante. Ce traitement m'a rendu de signalés services dans certaines formes de kératites rétiniennes, mais je n'ai eu que des mécomptes dans les chorio-rétinites.

Il me propose de me montrer des malades améliorés ou guéris, mais je lui propose de lui en montrer d'aggravés.

C'est donc seulement l'avenir, le jugement et l'expérience des autres qui pourra décider lequel de nous deux est dans le vrai.

M. Vignes — Contrairement à ce qui est arrivé à M. Abadie et à nos collègues italiens, qui ont publié des cas de guérison de kératite par injection du liquide de Durante, je n'ai rien obtenu au cours des cornéites. Depuis trois ans, j'ai fait un nombre imposant d'injections d'iode et on ne leur reconnaît le pouvoir réellement curateur que dans les affections siégeant dans le tractus uréal. En ce moment, j'ai à ma clinique un homme porteur de kératite dentritique double, chez lequel l'iode semblait nettement indiqué, je n'ai pas été plus heureux avec lui qu'avec les précédents. Par contre, chez quatre malades rhumatisants, en irido-choroïdites, avec vitré d'abord irridisable, j'ai obtenu de rapides et profondes améliorations.

Plusieurs fois, j'ai été à même de pouvoir faire constater à des collègues les résultats obtenus et je m'étonne que ceux de M. Abadie soient différents.

Mais j'ai justement, en ce moment, à la clinique, une malade venue de la province, il y a quelques jours, et porteur d'un double épanchement sanguin très vraisemblablement d'origine choroïdienne. L'acuité visuelle se relève à gauche et est presque d'un dixième. A droite, elle est toujours limitée à la simple perception lumineuse; mais d'après l'amélioration survenue à gauche, j'ai tout lieu d'espérer que ce corps vitré récupérera aussi une certaine transparence, bien que le début des accidents de ce côté remonte à une époque plus éloignée.

Déformation globuleuse des cornées.
(Présentation de malade).

M. Despagnet. — La malade que je présente est âgée de 72 ans. C'est depuis six mois seulement que la vue, bonne antérieurement, a considérablement diminué. Il s'agit d'une ectasie globuleuse des deux cornées. Mais c'est un kératoglobe irrégulier, car en haut, à 2 millimètres du bord opaque de la cornée, la sphéricité cesse d'être régulière et on voit une sorte de conus. A ce niveau, on voit des nébulosités rappelant celles du kératocone. Agrandissement de la chambre antérieure, pupille un peu dilatée, iris normal. Œil en hypotonie. Autour de la papille, il y a un staphylome annulaire, et, au niveau des deux macula, il existe un foyer de chorio-rétinite atrophique.

Réfraction. — 1° A l'*ophtalmomètre*, prise par Javal.

OD 90° ± 14 D
OG 116° ± 16 D

2° A la *kératoscopie*.

OD, OG { Méridien II = XI. Méridien V = E

3° *Subjectivement*.

OD 116° — 14, OG 96° — 12 { $V = \frac{1}{2}$

L'observation de ce cas est intéressante à plusieurs points de vue. D'abord, l'ectasie de la cornée n'est pas accompagnée de buphtalmie; ensuite, il y a hypotonie au lieu d'hypertonie, comme cela serait logique si le kératoglobe était dû à l'hypertension intra-oculaire. Nous voyons enfin cette affection chez une femme âgée, tandis qu'on l'observe habituellement dans le jeune âge. La marche a été très rapide.

M. Chevallereau. — Ce que je trouve de remarquable surtout, c'est cet astignalisme régulier si considérable. Quant, au début de l'affection, peut-être remonte-t-il plus loin. Cette femme pouvait déjà avoir une mauvaise vue dont elle se contentait lorsque sont apparues ces lésions maculaires, d'aspect assez récent, qui ont abaissé considérablement sa vision. L'étiologie dont M. Despagnet ne parle pas parait en effet assez obscure. Peut-être ces nébulosités de la partie supérieure sont-elles des traces d'une ancienne kératite herpétique.

M. Despagnet. — Ces taies qui sont localisées au voisinage du conus sont interstitielles et non superficielles comme celles qu'aurait laissées une kératite herpétique. D'ailleurs, cette femme ne se souvient pas d'avoir eu les yeux rouges et douloureux. Ces nébulosités ressemblent plutôt à celles du kératocone. Quant à l'étiologie, elle est en effet très obscure et l'on ne pourra pas dire grand'chose de ces cas tant que l'anatomie pathologique ne nous aura pas éclairés. Koenig.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

CINQUIÈME SESSION (1897).

La cinquième session du Congrès de la Société obstétricale de France a été ouverte le 22 avril, à 9 h. 1/2 du matin, sous la présidence de M. CHARPENTIER, assisté de M. Budin, vice-président, et de MM. Crouzat et Démelin. Les secrétaires de la séance étaient MM. Brindeau et Schwab.

En excellents termes, M. Charpentier a remercié la Société de l'honneur qu'elle lui avait fait en l'appelant à la présidence l'année dernière, alors que la maladie l'empêchait d'assister à ses séances ; il a adressé quelques reproches à la négligence de quelques membres pour le retard qu'ils apportaient dans l'envoi des communications faites au Congrès, ce qui retardait beaucoup la publication du *Bulletin* de la Société, puis après avoir résumé brièvement les communications faites l'année dernière et montré combien elles avaient été intéressantes, il a rappelé quel était le but de la Société : faire avancer la science en permettant aux accoucheurs de se connaître davantage et d'échanger leurs vues sur les sujets de l'obstétrique à l'ordre du jour.

M. Charpentier a ensuite évoqué le souvenir ému de cinq membres de la Société que la mort a frappés depuis la dernière session : Stoltz, le doyen de l'obstétrique française, MM. Berlin (de Nice), Bureau (de Paris), Marshall (de Nancy) et Chatot, ravis prématurément à la science. Puis il a remercié M. Fochier, qui avait présidé la dernière session et le dévoué secrétaire général, M. Crouzat.

On a alors procédé, par mains levées, à l'élection de nouveaux membres. Ont été nommés membres titulaires : MM. Pruvost (de Raismes), Segall (de Paris), Payran (de Toulouse), Adenot (de Lyon), Pamard (d'Avignon); comme membres correspondants : MM. Foa (de Cunéo, Italie), Eleutorescu (de Bucharest), Marin (de Bruxelles), Abogado (de Mexico).

Après le rapport du Secrétaire général, adopté à l'unanimité et une discussion soulevée par M. Guéniot sur la publication, dans le Bulletin de la Société, des communications faites par ses membres et d'une bibliographie, on a passé à la fixation de l'ordre du jour. Quelques communications ont été faites par MM. Pruvost, Stieber et Démelin au nom de M. Lap.

Le nombre des communications inscrites fait prévoir que cette session ne sera pas moins intéressante que celles des années précédentes. L. M.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 15 avril 1897. — PRÉSIDENCE DE M. O. BEAUREGARD.

M. LÉTOURNEAU présente des *documents statistiques nouveaux*, d'où il résulterait qu'à Batavia les familles européennes peuvent se maintenir après deux ou trois générations, et par conséquent se plier à l'acclimatation nécessaire pour se perpétuer.

M. MOHYLIANSKI offre une *collection de photographies* qu'il a prises lui-même à Thernigour et aux environs. Ce sont des documents utiles pour l'ethnographie du nord de l'Ukraine.

M. DENIKER donne lecture d'un travail de longue haleine sur la répartition des *indices céphaliques* en Europe. Il en a dressé la carte à l'aide des recherches publiées et de quelques communications manuscrites. La nécessité de revoir bien des chiffres et de rendre comparables des mesures prises de façons un peu différentes, a compliqué sa tâche. Il est clair, d'ailleurs il le déclare, que ce classement provisoire purement statistique, pour si utile qu'il soit, n'ajoute pas grand'chose à ce que nous savons. Les divisions et les mélanges de races ne peuvent être établis par l'étude d'un caractère envisagé isolément.

M. le Dr LOCHON fait don au musée de *différents objets qu'il a rapportés du Congo :* en particulier, une sorte de harpe, en usage dans le Haut-Ogoué. A Grand-Bassam il a recueilli un collier formé de fragments d'os qui présentent des arêtes vives capables d'endommager la peau de ceux qui portent un tel ornement.

M. COLLIN a recueilli au lieu dit « La Vignette », non loin de Fontainebleau, une grande quantité *d'outils grossiers en grès lustré*, roche de la région. Il en présente quelques modèles choisis. MM. Capitan et d'Ault du Mesnil, qui ont examiné leur gisement et leur taille, se sont convaincus qu'ils ne peuvent pas être le résultat accidentel du travail qui se fait dans les carrières de pavés. Ce sont bien des outils fabriqués intentionnellement pour les besoins de la vie. Certaines de leurs formes rappellent d'ailleurs celles du matériel en *silex* d'ateliers néolithiques. Mais jusqu'alors on ne connaissait pas d'ateliers de taille pour des outils de grès. Celui de « la Vignette » est donc le premier de son genre. Il n'est pas très ancien; sans doute, tout juste néolithique. Z.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : Dr KÉRAVAL (1).

IX — Die Stellungsnahme des Arztes zur Abstinenzfrage par A. JAQUET. — Bâle, in-8, 1896, Schwabe, édit.

IX. — Arrivera-t on jamais, non point à empêcher les gens de boire, mais à leur démontrer que l'alcool et les boissons alcooliques peuvent être nuisibles, afin qu'ils deviennent aussi abstinents que possibles? C'est ce à quoi doit s'employer le médecin. Aussi M. Jaquet expose-t-il d'abord les *conséquences organiques des excès alcooliques*, et comparativement, l'*influence sur le corps humain d'une ingestion modérée d'alcool*; il conclut que l'alcool en *quantités bien dosées* n'exerce sur l'organisme aucune action nuisible apparente, loin de là, il peut être utile en bien des cas et doit être tenu pour un médicament de grande valeur.

Quel doit donc être le rôle du médecin pour combattre l'alcoolisme et donner au mouvement en faveur de l'abstinence une légitime impulsion ?

Comment sauver les buveurs? En les amenant à *s'abstenir complètement* des boissons alcooliques, car l'abstinence *totale* est le premier moyen à l'aide duquel on puisse transformer l'existence des buveurs. On les agrégera, dans ce but, aux Sociétés de tempérance.

Comment supprimer toutes les causes qui contribuent à engendrer l'ivrognerie? C'est encore l'abstinence totale qui est l'agent de cette prophylaxie. Mais, si le but à atteindre autorise les conférenciers à proclamer la constante nocivité de l'alcool, il est, au point de vue physiologique, excessif d'en nier l'action favorable parfois. Seulement il faut faire intervenir l'Etat dans la vente et le contrôle des boissons alcooliques ou fermentées, même de celles qui ne sont pas nuisibles en des limites rationnelles, notamment du vin et de la bière. Il faut encore améliorer les conditions physiques, hygiéniques et morales des classes pauvres.

L'action professionnelle du médecin, pour combattre l'alcoolisme, consistera : quand il prescrit l'alcool, à bien préciser la dose et la durée de l'ingestion et à ne jamais formuler de hautes doses ; à proscrire l'alcool, le vin, la bière chez les enfants de moins de 15 ans, à moins de cas exceptionnels et encore à de petites doses; à traiter le buveur comme un malade, en préconisant la fondation et le développement d'asiles pour buveurs; à enseigner au public les dangers et les effets pernicieux de l'alcool en mettant sous ses yeux les documents les plus complets. Enfin M. Jaquet exalte les bienfaits de la Ligue de Genève (1892) contre l'alcoolisme.

X. — Rapports de l'alcoolisme et de la folie (*prophylaxie et traitement des alcooliques*); par DARIN (H.). — Paris, in-8, 1896, J.-B. Baillière, édit.

X. — M. Darin montre en premier lieu le développement progressif de la production et de la consommation des alcools ; 1.100.000 familles vivent de l'empoisonnement des 8.000.000 d'autres que l'alcool tue, dégénère, déshonore. Preuves démographiques de toute nature. Les travaux bien connus sur la toxicité des boissons alcooliques l'amènent à énoncer cette formule : à propos des liquides spiritueux, il n'est guère permis de parler de boissons hygiéniques, car le meilleur vin peut deve-

(1) Voir le numéro 3 du *Progrès médical*.

nir dangereux, s'il est pris en excès, parce qu'il contient de l'alcool éthylique, cependant il y a loin de lui à ces poisons multiples dont l'absinthe peut être considérée comme le type.

Quelles sont les lésions produites par l'intoxication alcoolique? Quel est le développement parallèle de l'alcoolisme et de l'aliénation mentale? — Intéressant chapitre dans lequel on trouvera, entre autres documents, que l'Infirmerie du dépôt reçoit un tiers d'alcooliques. Les statistiques révèlent des formes simples (ivresse vulgaire), des formes compliquées constituant autant de folies transitoires que l'on peut ainsi désigner : — *a*). L'ivresse excitomotrice (maniaque, furieuse, convulsive); — *b*). L'ivresse hallucinatoire; — *c*. L'ivresse délirante ou psychique. L'intoxication alcoolique chronique est un terrain sur lequel germent :

a) Le delirium tremens (fébrile ou non) : α, avec hallucinations terrifiantes; β, avec cauchemars; γ, avec terreur cataleptisante; δ, avec exacerbation nocturne du délire.

b) La paralysie générale;

c) La démence organique (par lésions en foyers);

d) L'épilepsie;

e) La démence sénile (avec appoint alcoolique);

f) La déchéance par hérédité (dégénérescence héréditaire due à l'ivrognerie des parents);

g) L'aliénation mentale en général avec facteur alcoolique.

Le remède à ces maux? La prophylaxie?

1° Augmenter les impôts sur l'alcool; avec détaxe du café, du thé, du cacao, du sucre qui sont les bases des boissons véritablement hygiéniques.

2° Supprimer le privilège des bouilleurs de crû.

3° Réduire au minimum et restreindre coercitivement le nombre des cabarets; en organisant des Sociétés qui aient le monopole de la vente en détail de l'eau-de-vie et des boissons spiritueuses distillées, indigènes ou étrangères, et de l'exploitation de ces débits sans viser au gain; en établissant le monopole de l'Etat qui seul puisse acheter, importer et vendre en gros; en prohibant absolument la fabrication et la vente des boissons alcooliques par des particuliers.

4° Augmenter les moyens de répression pénale.

5° Propager les Sociétés de tempérance.

M. Joffroy s'exprimait en ces termes : L'Etat, monopolisant la rectification de l'alcool, seul vendu par son intermédiaire, frapperait ce qui serait vendu sous sa garantie d'un impôt considérable, c'est-à-dire l'alcool et les boissons alcooliques, exonérant presque complètement les boissons peu alcooliques (vin, cidre, bière) et complètement les boissons non alcooliques (café, thé, cacao). Seulement il faut que l'Etat soit soutenu par l'opinion publique, à l'aide des Sociétés de tempérance devenant la source d'un enseignement public et d'une surveillance relative à l'exécution des prescriptions légales qu'elles auraient provoquées. L'expérience a démontré que ces Sociétés doivent prendre pour base l'*abstinence absolue* et être appuyées par les confessions religieuses. Propagande individuelle; établissements de tempérance; multiplication de conférences dans les écoles; création d'associations fraternelles des anciens élèves autour de chaque école primaire; tels sont les moyens.

Enfin le traitement des buveurs nécessite la création des asiles spéciaux (thème connu), et l'intervention des mesures indiquées par M. Muteau dont nous avons analysé le travail ici même.

XI. — Ueber die Schleifenschicht auf Grund der Resultate von nach der entwickelungsgeschichtlichen Methode ausgeführten Untersuchungen; par W. DE BECHTEREW (tirage à part des *Archiv. f. Anat. u. Physiologie*).

XI. — Sur une coupe pratiquée au niveau de la protubérance, immédiatement au-dessous des tubercules quadrijumeaux postérieurs, l'étude du développement embryogénique permet de reconnaître au *ruban de Reil* trois parties d'inégal volume. Ce sont :

1° Une partie externe, formée du *ruban de Reil latéral inférieur* qui est celle qui se développe la toute première.

2° La partie moyenne, qui se développe plus tard, constituée par ce qu'on a appelé le *ruban de Reil principal* ou supérieur.

3° Une partie, qui se développe tout à fait en dernier lieu, partie interne, connue sous le nom de *ruban de Reil du pied*, ou médian.

La partie externe est déjà développée chez des embryons de cinq à six mois. La partie moyenne est pourvue de sa myéline, du septième au huitième mois intra-utérin, mais n'est complètement terminée que bien plus tard. La partie interne ne paraît se développer que dans les quelques semaines qui suivent l'accouchement.

1° Le *ruban de Reil latéral ou inférieur* est une voie acoustique centrale, qui, des noyaux de l'acoustique, va à travers les olives supérieures, le tubercule quadrijumeau postérieur, le corps genouillé médian, à l'écorce des première et deuxième circonvolutions temporales (Bechterew, P. Flechsig, Onufrovicz et Baginsky).

2° Le *ruban de Reil principal* paraît se développer en trois ou quatre segments séparés. L'un de ces segments se développe relativement de très bonne heure; il se compose des fibres qui proviennent des noyaux des faisceaux cunéiformes; on peut l'appeler *ruban de Reil du faisceau cunéiforme*. L'autre, un peu plus tardif dans son développement, est formé de fibres qui viennent des faisceaux grêles; appelons-le ruban de *Reil du faisceau grêle*. Le troisième est encore plus tardif; ce sont des fibres qui, n'étant généralement point en rapport ni avec les cordons postérieurs, ni avec la moelle, sont probablement en relation avec les nerfs craniens sensitifs : *ruban de Reil accessoire*. Le quatrième est constitué par des fibres qui viennent des *cordons latéraux de la moelle dans la couche intermédiaire des olives*.

L'auteur suit les dispositions et la direction respectives de ces quatre faisceaux en diverses régions de l'encéphale et à différentes périodes du développement (figures très nettes). Il conclut ainsi :

« Deux gros segments du ruban de Reil principal, qui *contiennent les fibres des noyaux des cordons postérieurs, ne gagnent pas immédiatement les hémisphères cérébraux*. Il ne peut donc y avoir continuité dans les relations qui sont données entre les cordons postérieurs et l'écorce du cerveau, par l'intermédiaire des divers systèmes ascendants issus des noyaux des cordons postérieurs signalés par les auteurs. Ainsi s'expliquerait qu'il n'ait été jusqu'alors publié aucun fait de dégénérescence ascendante ininterrompue des fibres du ruban de Reil, depuis la souche du cerveau jusqu'à sa surface. Si dans quelques cas on pouvait suivre cette dégénérescence jusqu'à la couche optique, dans tous les faits, cette dégénérescence cessait déjà à l'intérieur du tronc du cerveau. On ne saurait oublier cependant qu'en outre des systèmes ascendants, le ruban de Reil principal paraît contenir des systèmes descendants; ainsi s'expliquent les faits de dégénérescence descendante des fibres du ruban de Reil publiés. Est-ce que certains systèmes descendants ne s'en iraient pas, de l'écorce des hémisphères, à travers la capsule interne, gagner les noyaux des cordons postérieurs? Cela pourrait être si l'on admettait un développement ultérieur, et non simultané, des systèmes descendants par rapport aux systèmes ascendants. Mais de cela on n'a pas encore de preuves. La méthode d'observation du développement embryogénique ne permet donc point de nous convaincre de la continuité ininterrompue des relations des noyaux des cordons postérieurs avec l'écorce par l'intermédiaire des fibres du ruban de Reil. — Le *faisceau accessoire* n'a aucune relation directe avec les noyaux des cordons postérieurs de la moelle; il est très probable qu'il contient les tractus centraux des nerfs craniens sensitifs; en tout cas, il monte, sans interruption, à l'écorce et, par suite, est, dans le vrai sens du mot, un *ruban de Reil cortical*. »

3° Quant *au ruban de Reil médian*, il est hors de doute que ses fibres n'ont aucune relation avec les noyaux des cordons postérieurs de la moelle. Il contient des systèmes descendants émanés des centres corticaux des nerfs craniens moteurs localisés dans les segments inférieurs des ascendantes et dans les segments postérieurs des frontales. C'est donc un conducteur central des nerfs craniens moteurs, mais non de tous les nerfs craniens moteurs, car une partie de ces nerfs, notamment des trousseaux du facial (probablement de ses branches inférieures) ne se rendent point, avec les autres tractus centraux des nerfs craniens, dans le ruban de Reil médian, mais vont, avec les faisceaux pyramidaux, jusqu'au niveau de la protubérance, puis s'élèvent dans la calotte.

4° Ajoutons que le ruban de Reil, au niveau des tubercules quadrijumeaux, est renforcé par deux trousseaux.

L'un d'eux est formé de fibres dont le développement s'effectue à un âge relativement tendre, et qui proviennent de la masse de substance grise commune aux tubercules quadrijumeaux; elles descendent alors obliquement le long du bord externe du pédoncule cérébral, se plaçant aussitôt en avant et, en partie, en dehors du ruban de Reil latéral, puis, au niveau de la partie inférieure de la protubérance, elles se couchent en arrière du ruban de Reil. Ces fibres semblent en partie aller dans la région du noyau rétiforme, et, en partie, pénétrer, par le raphé, dans la substance grise de la protubérance.

Un autre système de fibres apparaît, sous la forme d'un trousseau compact, qui, gagnant la région du tubercule quadrijumeau antérieur, se couche en arrière du ruban de Reil qui, en cet endroit, a le dessin d'une faux. Ce trousseau est pourvu de ses manchons de myéline quelque temps avant l'accouchement et vient du noyau des tubercules quadrijumeaux postérieurs. Demeurant tout le temps en arrière des autres fibres du ruban de Reil, il pénètre, par la région du tubercule quadrijumeau antérieur, jusqu'aux segments postérieurs de la couche optique où il se termine. Ce trousseau établit donc une communication directe entre le noyau des tubercules quadrijumeaux postérieurs et le segment postérieur de la couche optique; il n'a donc avec le ruban de Reil qu'un rapport purement extrinsèque.

CORRESPONDANCE

Paris, ce 18 avril 1891.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Voulez-vous me permettre d'ajouter à la petite notice sur le livre de M. G. Legué (*Progrès médical*, 10 avril), qu'en parlant d'erreurs judiciaires et notamment de ce jugement du jury « *où un médecin instruit et honorable était frappé dans une prétendue affaire d'avortement* », j'ai entendu faire une claire allusion au procès de notre honorable confrère Laffite et non à un autre.

Quelques lecteurs du *Progrès médical* — non médecins, il est vrai, mais nombre de vos lecteurs et fort appréciables sont dans ce cas — m'ont fait observer que ce mot de commentaire n'était cependant pas superflu à cause du déplorable et nécessaire procès qui vient d'avoir son épilogue. Pour nous, nous avions cru qu'il ne pouvait y avoir ni doute ni confusion.

Je vous remercie, Monsieur le Rédacteur en chef, et vous prie d'agréer mes très distinguées salutations.

Dr Louis Fiaux.

Certificats médicaux et Timbre.

Le Mans, le 26 avril 1897.

Mon cher Confrère,

Comme je sais que vous vous intéressez à toutes les questions qui touchent aux médecins, je me permets de vous signaler le fait suivant :

Depuis l'incident survenu au Dr Panas, à propos d'un certificat non timbré, il semble que le service de l'enregistrement et du timbre se plaise à le renouveler dans les départements. Il y a quelques jours, un assez grand nombre de nos confrères et moi avons reçu un avis les informant qu'ils étaient passibles d'une ou plusieurs amendes de 62 fr. 50 pour avoir délivré divers certificats sur papier libre En ce qui me concerne, l'amende, dont je suis redevable, a trait à un certificat pour coups et blessures délivré le 28 janvier 1896.

Je me suis rendu chez *Monsieur le Directeur de l'Enregistrement, des domaines et du timbre*. Il m'a reçu, je dois le dire, très gracieusement. Après m'avoir déclaré que cette amende m'avait été infligée sur le rapport d'un inspecteur, il m'a prié de lui faire parvenir *sur papier timbré* une demande en remise de cette amende adressée à M. le Ministre des Finances ; ce que j'ai fait. Je n'ai pas eu à verser la somme de 62 fr. 50 ; mais seulement les 0 fr. 60 de timbre. La question en restera là jusqu'à ce que M. le Ministre ait statué.

A ce sujet, nous avons causé de cette question du timbre. Mon cas était assez clair, bien que le blessé fût inscrit au bureau de bienfaisance. Mais, sur beaucoup de points, il n'en est pas ainsi. Par exemple : un certificat donné par son maître à un domestique qui le quitte devrait être toujours écrit sur papier timbré, car, si ce domestique se trouve amené à le produire en justice ou autrement, le droit de timbre est alors exigible sous peine d'une amende de 62 fr. 50 infligée au signataire.

En racontant le fait du Dr Panas, vous avez donné une liste utile au point de vue médical, quoique incomplète. Comme il n'existe aucun manuel spécial aux certificats *devant être timbrés ou non*, et comme les médecins sont aussi *des particuliers*, il me semble que *si quelqu'un de compétent* réunissait dans une petite brochure cette question du droit du timbre aux points de vue *médical* et *particulier*, il ferait œuvre utile et je ne doute pas du succès de la vente. Il est bien entendu que ce sujet ne devrait embrasser que ce qui regarde *le médecin et le simple particulier*, car s'il fallait entrer dans les détails relatifs aux administrations, ce serait embrouiller inutilement la question en écrivant tout un volume.

Telle est l'idée que je me permets de vous soumettre, la laissant entièrement à votre appréciation.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments bien dévoués.

Dr Hamon du Fougeray.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, professées à l'hôpital Necker par J.-C. Félix Guyon, professeur à la Faculté de medecine, membre de l'Institut, etc. (*Séméiologie. Diagnostic. Pathologie et therapeutique générales.*). — Trois volumes, 1894-1896. — Paris, J.-B. Bailliere.

En parcourant les trois volumes de leçons cliniques du Pr Guyon, il arrive sans doute à ses anciens élèves de se sentir rajeunis, quelques-uns, dont je fais malheureusement partie, d'un quart de siècle, d'autres plus heureux, d'un temps beaucoup moins long; mais il leur arrive sans doute à tous, comme aux innombrables auditeurs qui ont suivi les leçons du maître, de se croire transportés à la clinique de Necker et d'entendre à nouveau cet enseignement si clair, si précis, si minutieux même, qui a formé plus des trois quarts de ceux qui se livrent en France à la chirurgie des voies urinaires.

Dans cette troisième édition, M. Guyon s'est efforcé de mettre au point toutes les questions abordées dans les éditions précédentes et, de plus, il a fait faire par ses élèves des leçons sur les nouveaux modes d'investigation dont la science urologique s'est enrichie dans ces dernières années.

L'œuvre de M. Guyon est divisée en quarante leçons. Le tome Ier, qui en comprend dix-sept, est consacré à l'étude des symptômes fonctionnels et des modifications des urines. Le tome II, divisé en douze leçons, comprend l'étude complète de l'empoisonnement urineux ou infection urinaire, de ses signes et de son traitement et une série de leçons sur l'exploration des voies urinaires. Efin le tome III, consacré surtout à des questions de thérapeutique, contient onze leçons relatives à l'antisepsie, au cathétérisme et à l'anesthésie dans les maladies des voies urinaires.

Dans ce vaste cadre, M. Guyon a reproduit la plupart de ses recherches soit absolument personnelles, soit faites avec la collaboration de ses élèves, ou enfin par ces derniers, à son instigation. Nous allons tenter, autant que nous le permettent les limites d'un article bibliographique, de résumer ce vaste travail ; mais nous désirons auparavant essayer de donner une idée de l'esprit dans lequel il a été fait.

Nous constatons d'abord un souci de la vérité et du progrès qui se manifeste à chaque page et qui porte l'auteur non seulement à rendre justice à tous les travaux de valeur venant soit de l'étranger, soit simplement de travailleurs français étrangers à l'école de Necker. Methodes nouvelles ou nouveaux instruments sont sûrs d'être bien accueillis, adoptés, s'il y a lieu, et même souvent perfectionnés, car M. Guyon croit plus utile pour le progrès, comme il le dit dans sa preface, de perfectionner sans cesse et de ne pas trop innover.

Une autre qualité à signaler dans ce livre, c'est l'esprit chi-

rurgical opposé à l'esprit proprement opérateur. M. Guyon veut que l'on recherche les indications, que l'on pèse le pour et le contre avant d'opérer, qu'on ne fasse jamais d'opération inutile; il est soucieux de la vie de ses opérés et prétend, chose incroyable, que le chirurgien est fait pour le malade et non le malade pour le chirurgien.

L'étude des symptômes fonctionnels et les modifications des urines forment, comme nous l'avons dit, le sujet du tome Ier.

Après avoir montré l'importance et le but de la séméiologie, des commémoratifs, et passé en revue rapidement les divers troubles de la miction, M. Guyon en donne un tableau synoptique qui peut être très utilement pris pour guide dans l'interrogatoire d'un malade. C'est là l'objet des deux premières leçons. Dans la troisième, le professeur étudie la miction fréquente, la miction impérieuse, la miction douloureuse, etc., dans tous leurs détails. Tous les phénomènes de la miction normale ou pathologique y sont minutieusement exposés sans négliger aucun détail. Après les troubles de la miction, M. Guyon consacre sept leçons à l'étude complète de la rétention d'urine. Nous croyons que ce symptôme n'a jamais été étudié nulle part comme dans le livre de M. Guyon. En effet, le professeur, reprenant la question *ab ovo*, montre que les rétentions reconnaissent les causes les plus variées et doivent être envisagées particulièrement à ce point de vue; mais, avant de se livrer à l'étude clinique de la rétention, l'auteur procède à une étude expérimentale du plus haut intérêt. Cette étude est l'exposé des recherches faites avec le concours de M. Albarran sur les animaux et publiées dans les *Arch. de méd.*, exp. 1890, p. 181. Les effets de la rétention d'urine expérimentale sur les organes urinaires, sur la composition de l'urine, sur les organes voisins et sur l'économie tout entière y sont méthodiquement exposés.

Les résultats obtenus en provoquant la rétention soit complète, soit incomplète chez les animaux, sont de nature à éclairer vivement la physiologie pathologique de ce symptôme chez l'homme; mais il ne faut pas croire que les choses se passent identiquement dans la maladie naturelle et dans la maladie provoquée : c'est ainsi que l'anurie complète provoquée chez le chien entraîne la mort en trois ou quatre jours, tandis qu'on a vu des malades rester huit jours sans uriner et se rétablir complètement après cette longue suppression.

La rétention expérimentale étant connue, l'auteur aborde la rétention pathologique dans une série de chapitres, en divisant son sujet d'après les causes : rétention des rétrécis, rétention des prostatiques, des traumatisés, des calculeux rétrécis. Les questions relatives à la rétention de cause spasmodique, inflammatoire ou nerveuse ont été élucidées en commençant.

La onzième leçon relative aux troubles fonctionnels se rapporte à l'incontinence d'urine *cum* ou *sine materia*. Les diverses modalités de ce désagréable symptôme y sont successivement passées en revue.

On y voit qu'en dehors de l'incontinence essentielle des enfants et de celle qui est liée à quelques états nerveux, incontinence signifie le plus souvent rétention. C'est donc en rétablissant le cours normal de l'urine que l'on fait disparaître l'incontinence. Chez les enfants c'est l'électrisation directe du sphincter urétral qui a donné à M Guyon les meilleurs résultats.

La deuxième partie du premier volume contient six leçons sur les modifications pathologiques des urines. L'auteur montre qu'elles doivent être étudiées par l'analyse histologique, bactériologique, physiologique, physico-chimique et clinique. Le microscope peut montrer dans le dépôt : de l'épithélium, du pus, du sang à divers degrés d'altération, des fragments de tissus néoplasiques, des cylindres urinaires et enfin des sédiments. L'examen bactériologique peut montrer le coli-bacille, le staphylocoque, le streptocoque, le bacile tuberculeux et enfin le gonocoque, dont la constatation est si importante dans certains cas.

L'analyse physiologique fait connaître la toxicité urinaire qui varie, tant à l'état physiologique qu'à l'état pathologique.

La leçon sur l'examen physico-chimique des urines contient une comparaison méthodique des urines normales et des urines pathologiques. Elle termine l'étude des modifications des urines envisagées au point de vue scientifique pur et M. Guyon consacre les quatre dernières leçons de ce volume à l'examen des urines au point de vue clinique.

L'hématurie, la pyurie, la pneumaturie y sont exposées dans tous leurs détails avec l'autorité que donne à l'auteur sa longue expérience et son immense pratique. Une leçon sur la polyurie, l'oligurie et l'anurie termine ce volume.

Le tome deuxième des *Leçons Cliniques* est, comme le premier, divisé en deux parties; il porte pour sous-titre : Empoisonnement urineux, signes physiques et traitement local.

L'empoisonnement urineux comprend l'intoxication urinaire proprement dite qui n'est en somme qu'une auto intoxication et l'infection qui est toujours fonction de microbes ou tout au moins de toxines fabriquées par des microbes. Cette dernière qui contient toutes les modalités de la fièvre urineuse est surtout importante pour le chirurgien urologiste, car il lui appartient de la prévenir s'il est possible et de la combattre s'il la trouve installée chez son malade. M. Guyon en fait un historique complet et montre les efforts impuissants des chirurgiens pour interpréter la pathogénie de la fièvre urineuse jusqu'au jour où Pasteur en donna la clef par ses immortelles découvertes.

Après avoir décrit les formes cliniques de la fièvre urineuse spontanée ou provoquée, l'auteur aborde l'historique de la question. Cet historique est précédé d'un chapitre où est établi le parallèle de la fièvre urineuse et de la fièvre que l'on peut observer dans les diverses néphrites et dans d'autres maladies infectieuses comme le paludisme, la septicémie et la pyémie. L'historique est divisé en période prébactériologique et période bactériologique. Bien que la fièvre urineuse ait dû être observée de tout temps, l'attention des médecins n'a été attirée sur elle qu'à une époque relativement récente. C'est Velpeau qui, le premier, en 1833, a décrit un abcès articulaire résultant de l'empoisonnement urineux. Civiale fit vers la même époque connaître quelques faits de fièvre urineuse et depuis lors les travaux se sont succédé à de courts intervalles. Les diverses théories imaginées pour expliquer les symptômes de la fièvre urineuse peuvent se ramener à quatre : la théorie de la phlébite, la théorie nerveuse, la théorie de l'absorption ou résorption urineuse et enfin la théorie rénale. Ces diverses théories que leur nom suffit à expliquer n'ont plus maintenant qu'un intérêt historique. La bactériologie est venue les renverser et donner une explication nouvelle de la fièvre urineuse en montrant qu'elle était, comme beaucoup d'autres fièvres, produite par la réaction de l'économie contre des microbes ou des toxines microbiennes. L'histoire des bactéries capables de donner lieu aux symptômes de l'empoisonnement urineux est sans doute loin d'être complète. Disons cependant que, jusqu'à nouvel ordre, c'est le coli-bacille qui paraît tenir la corde, ayant été rencontré quarante-sept fois sur cinquante cas par MM. Albarran et Hallé. Inutile d'insister sur l'importance de la théorie microbienne de l'empoisonnement urineux : elle a pour premier effet de nous montrer la nécessité de l'asepsie et de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires. Les précautions antiseptiques peuvent mettre le malade à l'abri de toutes les infections apportées par les instruments et enrayer dans une certaine mesure les infections accidentelles d'origine urétrale ou d'origine circulatoire. M. Guyon termine l'étude de l'empoisonnement urineux par l'exposé de certains symptômes accessoires tels que les troubles digestifs et la céphalée, symptômes qu'il faut connaître pour ne pas se laisser dépister par eux (1).

La deuxième partie du tome second a pour sous-titre : Signes physiques et traitement local; elle débute par une leçon sur l'examen direct, inspection, palpation, toucher, cathétérisme, etc. Les conseils donnés à propos de la palpation et surtout de la palpation du rein seront lus avec le plus grand profit. Le ballottement rénal ou signe de Guyon, si utile pour le diagnostic des néoplasmes rénaux, est minutieusement décrit ainsi que les moyens de le percevoir. Signalons aussi ce qui a trait au toucher rectal.

(1) Et non pas pour *les dépister*, comme on dit si souvent dans le charabia contemporain.

L'anatomie chirurgicale de l'urètre, la division si juste et si rationnelle de l'urètre en urètre antérieur et urètre postérieur imaginée ou plutôt constatée sur la nature même par M. Guyon, l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques de la vessie forment la matière des quatre dernières leçons que l'auteur termine en étudiant l'absorption vésicale et la part que peut avoir la vessie dans l'infection urineuse. Ces quatre leçons sont, pour ainsi dire, l'étude préalable du champ de bataille dans lequel le chirurgien devra manœuvrer ; elles préparent l'auditeur à entendre les leçons contenues dans le troisième volume.

Le troisième volume des Leçons cliniques a pour sous-titre : Antisepsie, cathétérisme, anesthésie. On pourrait dire que ce livre est consacré à l'étude du cathétérisme envisagé à tous les points de vue imaginables, l'antisepsie et l'anesthésie qui forment la première et la dernière partie de l'ouvrage, n'ayant d'autre but que de rendre le cathétérisme indolore et inoffensif. Le cathétérisme joue, en effet, un rôle prépondérant dans la chirurgie urinaire. La première condition pour qu'il soit inoffensif, c'est qu'il soit aseptique. M. Guyon nous apprend donc à stériliser les sondes molles ou métalliques par la chaleur, l'acide sulfureux, le formol. Il décrit l'antisepsie du cathétérisme suivant qu'il est fait par le chirurgien, par le malade ou par son entourage, suivant qu'il s'agit de cathétérisme explorateur ou de cathétérisme dilatateur. Il nous montre les précautions antiseptiques à prendre dans l'urétrotomie interne, dans la lithotritie, dans l'endoscopie et dans les lavages de l'urètre et de la vessie.

Ces précautions prises, on peut procéder à l'exploration de l'urètre avec des bougies à boule, à l'exploration de la vessie avec des instruments métalliques coudés, et l'auteur nous explique minutieusement comment nous devrons procéder pour arriver à bon port sans faire courir aucun danger au malade. Il faut lire dans l'ouvrage lui-même ces précieux conseils où rien n'est oublié pour mettre l'auditeur en mesure de profiter de l'expérience consommée du maître.

M. Guyon a confié à MM. Janet et Albarran, ses élèves, l'enseignement nouveau de l'endoscopie urétrale et vésicale. Deux remarquables leçons, où les jeunes professeurs se sont visiblement inspirés de l'esprit du maître nous font connaître ces modes d'exploration d'origine française, mais qui ont été surtout perfectionnés à l'étranger. Il serait injuste en effet de ne pas reconnaître que c'est Nitze de Berlin qui, par ses recherches persévérantes, est parvenu, à force de perfectionnements successifs, à faire du cystoscope un instrument pratique à la portée de tous les chirurgiens qui voudront bien s'exercer à son maniement comme on s'exerce à celui du laryngoscope ou de l'ophtalmoscope. Les résultats obtenus déjà par la cystoscopie, surtout en ce qui concerne les tumeurs de la vessie, font pressentir l'importance qu'acquerra un jour le cystoscope entre les mains des spécialistes ; mais il ne faudrait pas que ce nouveau mode d'investigation fît trop négliger les anciens qui ont fait leurs preuves et restent entre des mains exercées les meilleurs moyens de diagnostic.

Après avoir fait connaître ainsi les divers modes de cathétérisme explorateur dont l'urétroscopie et la cystoscopie ne sont que des dérivés, M. Guyon arrive à l'examen du cathétérisme employé dans un but thérapeutique. Il passe en revue le cathétérisme évacuateur avec les instruments souples ou rigides dans les divers cas qui peuvent se présenter. Il nous fait connaître les avantages et les inconvénients de la sonde à demeure, la pratique des lavages de l'urètre, des instillations, des lavages de la vessie, des évacuations avec aspirations pour enlever les caillots, glaires, fragments de pierre, etc., qui peuvent être contenus dans le réservoir urinaire. Il étudie enfin les divers moyens de dilatation avec les instruments souples ou métalliques et recommande spécialement de s'en tenir à la dilatation dynamique, c'est-à-dire celle qui s'obtient sans exercer aucune pression sur les parois urétrales, à l'exclusion de la dilatation mécanique qui suppose un certain effort et par conséquent une certaine pression sur les parois de l'urètre.

Les deux dernières leçons sont consacrées l'une à l'anesthésie générale, l'autre à l'anesthésie locale dans les opérations qui se pratiquent dans la vessie ou l'urètre. Après avoir indiqué les divers degrés de l'anesthésie par le chloroforme seul ou associé à la morphine, l'auteur examine les effets physiologiques de l'anesthésie [illegible], donne les principes pour administrer l'agent anesthésique, et détermine enfin les indications. Une étude complète de l'anesthésie locale par la cocaïne, l'antipyrine et le gaïacol, les indications, la technique, les doses et le mode d'emploi de ces divers agents terminent les leçons cliniques de M. Guyon.

Dans ce résumé de quelques pages nous n'avons pu qu'indiquer sèchement les divers sujets traités par le maître en trois volumes où se résume toute une vie de travail. Le lecteur y trouvera tout ce qu'un bon praticien peut désirer connaître relativement à la pathologie et à la thérapeutique générales des maladies des voies urinaires.

Point n'était besoin, sans doute, d'appeler l'attention du public médical sur un livre qui est rendu à sa troisième édition ; mais nous n'avons pas voulu laisser paraître sans le saluer au passage ce monument de pathologie générale qui est aussi pour nous l'œuvre d'un maître vénéré.

D[r] A. Malherbe,
Directeur de l'École de médecine de Nantes.

VARIA

Société pour la propagation de l'incinération.

Cette Société a tenu son assemblée générale samedi 10 avril, dans l'une des salles des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Bourneville, assisté de M. G. Salomon, secrétaire général, et de M. Charles Lefebvre, ancien député. Après avoir ouvert la séance, le président a donné la parole à M. Salomon.

« Avant d'examiner l'état de la crémation hors de notre pays, dit M. Salomon, rendons hommage à la mémoire de trois étrangers, membres honoraires et donateurs de notre Société, qui ont été incinérés dans le courant de l'an dernier : Sir Spencer Wells, le savant chirurgien anglais, Cernuschi et Nobel, inventeur de la dynamite. » Puis, M. Salomon aborde son exposé que nous résumons brièvement.

Aux États-Unis, il y a une vingtaine de crématoires. A New-York, le nombre des incinérations effectuées dépasse 2.000. En Angleterre, les villes de Londres, Manchester, Glasgow, Liverpool, bientôt Birmingham possèdent des crématoires. Ce dernier a été inauguré en septembre dernier par le lord maire, le comte Derby. Il y a eu 202 incinérations en 1896. En Allemagne, il y a quatre crématoires : à Gotha, Hambourg, Heidelberg et Hoffenbach près Francfort. Dans le courant de cette année, un crématoire sera élevé à Iéna et un appareil pour l'incinération des corps provenant des hôpitaux sera construit à Berlin. Le total des incinérations en Allemagne atteignaient le chiffre de 2 300 en 1896. En Italie, deux nouveaux crématoires ont été édifiés à Sienne et Brescia. A Bâle, un arrêté du Grand Conseil relatif à la construction d'un crématoire, a été soumis au vote populaire et a été adopté par 3.316 voix contre 3.397. A Zurich, [illegible] incinérations avaient été effectuées au 10 juin 1896. En Suède, il existe deux crématoires à Gottenbourg et Stockholm. A Copenhague, à la fin de l'année, il y avait eu 22 incinérations. En Autriche, en Belgique et en Hollande, des efforts continuent à être faits pour obtenir l'incinération facultative.

M. Bourneville a donné ensuite des renseignements sur les incinérations qui ont été pratiquées au crématoire du Père-Lachaise et sur la suite donnée aux résolutions votées à la dernière assemblée générale. Il y a été fait [illegible] incinérations sur la demande des familles, 2.587 incinérations de corps provenant des hôpitaux, [illegible] incinérations d'embryons, total [illegible]. Depuis le 7 août 1889 jusqu'à la fin de [illegible], il y a eu [illegible] incinérations. Du 1[er] janvier au 31 mars de cette année, on compte [illegible] incinérations sur la demande des familles. La durée de l'incinération est environ d'une demi-heure pour les enfants et d'une heure pour les adultes.

En ce qui concerne les résolutions votées l'an dernier, la première, l'exemption de la taxe municipale [illegible] en faveur des administrés des hospices [illegible] de l'Assistance publique de Paris, a été introduite [illegible] proposition au Conseil municipal. Il est certain que si le Conseil

acceptait cette proposition, le nombre des incinérations augmenterait rapidement.

M. Bourneville donne ensuite des renseignements sur les démarches faites pour obtenir l'envoi dans toutes les mairies des communes de la Seine des feuilles indiquant les formalités à remplir pour les incinérations, sur la création de nouveaux crématoires et enfin, sur la demande de reconnaissance d'utilité publique de la Société. Le Préfet de police et le Préfet de la Seine, consultés par le Ministère de l'Intérieur, ont donné leur approbation. Le Comité consultatif d'hygiène de France, dans sa séance du 7 avril, a émis un avis favorable. Dans ces conditions tout fait espérer une prompte solution.

En terminant, il fait appel à tous les membres de la Société pour qu'ils fassent une propagande active en faveur de l'incinération qui constitue une des réformes importantes réclamées par l'hygiène publique.

M. Salomon a démontré les efforts tentés dans les départements par divers conseils municipaux dans le but d'obtenir la création de crématoires. Il est revenu sur l'imperfection du crématoire actuel, a rappelé que le Président et lui avaient combattu vainement le projet de la salle d'attente provisoire, et déposé un vœu réclamant l'achèvement du monument. En voici le texte.

Considérant les avantages de l'incinération, tant au point de vue de la santé publique que de l'encombrement et des inconvénients de toute nature des cimetières ; — considérant l'imperfection du crématoire du Père-Lachaise par rapport aux crématoires de la plupart des villes de l'étranger ; — considérant que l'insuffisance d'ornementation et de confortable du crématoire du Père-Lachaise choque les mœurs, les habitudes et le sentiment artistique de la population parisienne au point de l'écarter de l'incinération et de faire perdre à la Ville de Paris le bénéfice des larges sacrifices par elle consentis à ce jour ; — considérant que la Ville de Paris, autorisée exclusivement à pratiquer la cérémonie civile de l'incinération, a le devoir d'attribuer au monument crématoire le caractère de grandeur et de beauté imposé par l'acte solennel qui s'y accomplit et réclamé par les partisans de l'incinération.

La Société pour la propagation de l'Incinération émet le vœu que la Ville de Paris procède avant l'Exposition de 1900 à l'achèvement du monument crématoire du Père-Lachaise.

M. Charles Lefebvre a donné ensuite des détails très instructifs au sujet du litige survenu entre la famille et les exécuteurs testamentaires de Paul de Jouvencel. La famille voulait s'opposer à la réalisation des volontés du défunt, prétextant qu'aux derniers moments, il avait accompli un acte religieux. Les deux juridictions devant lesquelles l'affaire a été portée ont successivement condamné les prétentions de la famille. De fait, l'incinération a eu lieu le 14 avril.

Il résulte de tous les documents qui ont été communiqués à l'Assemblée, que la question de l'incinération fait des progrès dans tous les pays, que le nombre des Sociétés de crémation et des monuments crématoires se multiplient et que bientôt la crémation sera autorisée dans tous les pays.

Assainissement de la Seine.

Rapport aux Ministres de l'Agriculture et des Finances.

Paris, le 1er avril 1897.

Monsieur le Ministre,

Les lois des 4 avril 1889 et 10 juillet 1894 ont autorisé la Ville de Paris à entreprendre les travaux nécessaires pour assurer, avant le 10 juillet 1899, l'épandage de la totalité de ses eaux d'égout. La commission, instituée pour contrôler l'exécution des prescriptions de ces lois (1), a eu l'honneur de porter à votre connaissance, dans ses précédents rapports en date des 1er avril et 1er octobre 1896, le degré d'avancement des travaux.

Actuellement, l'épandage n'est encore effectué que sur deux points : à Genevilliers, dans une plaine d'environ 500 hectares, où les irrigations sont facultatives, et au Parc agricole d'Achères, comprenant les terrains domaniaux de la presqu'île de Saint-Germain, concédés à la Ville par la loi du 4 avril 1889, et le domaine municipal des Fonceaux, qui leur est contigu.

Dans cette région, une superficie de 860 hectares est canalisée et pourrait recevoir, dans les rigoles dont les terres sont sillonnées, les eaux d'égout amenées par l'émissaire général et la branche spéciale du Val d'Herblay ; mais, depuis l'automne, les épandages n'ont été effectués que sur une étendue de 650 hectares, le surplus n'étant pas encore en service, parce que les travaux de drainage ne sont pas achevés. Il est probable que ces travaux seront terminés au mois de mai prochain.

Nous avons parcouru, à diverses reprises dans le courant de cet hiver, le Parc agricole d'Achères, et nous avons constaté que, conformément au vœu de la loi, il n'existe pas de mare stagnante et que, dans la traversée du département de Seine-et-Oise, il n'est pas opéré de déversement d'eaux non épurées en Seine.

Toutefois, il est à signaler que, du 1er septembre 1896 au 28 février 1897, le service des irrigations a subi des interruptions complètes d'une durée totale de soixante jours, c'est-à-dire pendant un tiers de cette période.

D'après les renseignements fournis par MM. les ingénieurs de l'assainissement de la Seine, ces arrêts, notamment aux mois de novembre et de février, ont été causés par les crues du fleuve qui ont interrompu la marche des machines des usines de Clichy et de Colombes. On peut regretter que le fonctionnement de ce service ne soit pas mis à l'abri des crues, et il est à souhaiter que des dispositions soient prises pour y remédier.

En ce qui concerne les déversements effectués, il résulte des chiffres fournis par le service de l'assainissement, que leur cube s'est élevé, du 1er septembre 1896 au 28 février 1897, pendant cent quatre-vingt trois jours, à 7.879 131 mètres, sur une étendue de terrains de 500 hectares au début et de 650 hectares environ à la fin de la période, soit en moyenne 540 hectares.

Les irrigations ont donc été faites à raison de 29.102 mètres cubes par hectare et par an, quantité inférieure au maximum admis de 40.000 mètres cubes.

En résumé, les prescriptions des lois ayant pour objet l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine sont observées et, incessamment, la Ville aura un champ d'épandage d'une contenance de 860 hectares, qui pourra recevoir annuellement 34.400.000 mètres cubes de ses eaux d'égout.

Daignez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Signé : Récopé, Bourneville, Duverdy, Laurent-Cély et Olry.

Monument de Grisolle à Fréjus.

Nous apprenons que les habitants de Fréjus ont l'intention d'ériger un monument au Pr Grisolle, de la Faculté de Médecine de Paris, originaire de cette ville. Une réunion a eu lieu récemment à cet effet à Fréjus et cette idée y a été accueillie avec enthousiasme. Nous sommes convaincu que ce projet ne trouvera à Paris, et à la Faculté de Médecine en particulier, qu'une approbation unanime. Le Pr Grisolle, clinicien émérite, demeure en effet une des plus pures gloires de la médecine pratique et de la clinique française. On n'en voudra donc pas à ses concitoyens de tenter de perpétuer sa mémoire par un monument digne de cet homme de bien ! Et, à supposer que Paris reste froid, le Midi, qui a le cœur chaud et l'esprit large, saura mener à bien une entreprise qui lui fait grand honneur. Inutile d'ajouter que nous avons la foi la plus vive dans la réussite. M. B.

L'École de mécanique orthopédique.

Nous extrayons d'un discours prononcé récemment par M. le Dr Beurnier, chirurgien des hôpitaux, sur l'enseignement de la mécanique orthopédique, les passages suivants qui peuvent intéresser nos lecteurs. Les résultats obtenus dans cette voie sont très encourageants.

Je ne vous retracerai pas les différentes phases par lesquelles a

(1) La commission est composée de : MM. Récopé, conservateur des forêts, désigné par M. le Ministre de l'Agriculture, président ; Bourneville, docteur en médecine, désigné par le Comité consultatif d'hygiène de France ; Duverdy, désigné par le Conseil général de Seine-et-Oise ; Laurent-Cély, désigné par le Conseil général de la Seine ; Olry, sous-inspecteur des domaines, désigné par M. le Ministre des Finances, secrétaire-rapporteur.

passé la création de l'*enseignement de la mécanique orthopédique, prothétique et herniaire.* Je vous rappellerai seulement que nous devons surtout le succès aux efforts de votre président, M. Wickham, et de votre vice-président, dont le dévouement s'est affirmé une fois de plus en cette circonstance. Maintenant nous n'en sommes plus à la période difficile du début; nous sommes arrivés à la phase de vie, de maturité. La translation des cours dans le local actuel en a facilité l'accès aux élèves, dont le nombre a notablement augmenté. Et puis quel progrès dans le matériel scolaire! Lorsque nous avons commencé les cours nous étions, si je puis le dire, dans le vide. Personnellement, j'avais à ma disposition quelques os, libéralement prêtés par l'un d'entre vous. Nou savons pris patience, et, aujourd'hui, nous avons un appareil à projections, avec nombreuses photographies et un squelette démontable, dont nous faisons passer toutes les pièces entre les mains des élèves pendant la leçon, ce qui leur permet de suivre avec la plus grande facilité la démonstration. De plus, nous vous avions promis que les cours seraient imprimés, et notre parole est tenue, puisque déjà depuis plusieurs mois a paru le volume de M. le Dr Mora. Pour arriver à ce résultat, il a fallu à votre commission une ardeur peu commune et une infatigable activité; car il nous manquait ce qu'on a appelé le nerf de la guerre, et qui est aussi celui de l'enseignement. Par des démarches répétées, votre commission a obtenu des fonds et nous devons une grande gratitude à M. Jacquemard, inspecteur général de l'enseignement technique, qui présida l'année dernière la séance solennelle de rentrée des cours et qui est activement intervenu en notre faveur auprès des pouvoirs publics. Grâce à ces libéralités, nous avons pu doter les cours de ce qui était indispensable à leur complet fonctionnement et commencer leur impression, qui va maintenant pouvoir être continuée et terminée

Un des premiers résultats qu'il fallait obtenir, et ce n'était peut-être pas le plus facile, c'était que les apprentis comprissent toute l'importance de l'enseignement technique. Je crois que nous y sommes parvenus, et aujourd'hui, ils reconnaissent les avantages qu'ils peuvent en retirer. J'ai encore reçu, il y a deux jours, une carte d'un de nos anciens élèves, qui est établi à Varsovie, et qui me dit combien il a été heureux de profiter des cours Votre commission a pensé qu'il devait y avoir une sanction à l'assiduité et au travail des élèves, et c'est pourquoi elle a institué les diplômes que nous décernons aujourd'hui.

Les Docteurs en médecine étrangers reçus en France en 1895-1896.

Au cours de l'année scolaire 1895-1896, 125 étudiants étrangers ont été reçus docteurs en médecine : 95 à Paris, dont 12 femmes; 30 en province, dont 2 femmes. Ils appartiennent aux nationalités suivantes :

	Paris.		Province.	
	H.	F.	H.	F.
Afrique	5	»	»	»
Allemagne	2	»	»	»
Amérique centrale	1		»	»
Amérique du Sud	6	»	»	»
Antilles	3	»	»	»
Autriche-Hongrie	3		»	»
Belgique	2		1	»
Brésil	1	»	»	»
Bulgarie	»	»	5	»
Canada	3	»	»	»
Danemark	1		»	»
Egypte	2	»	»	»
Espagne	1	»	»	
Grèce	4		1	»
Iles Britanniques	2		3	»
Luxembourg	1		»	
Roumanie	8	1	»	»
Russie	20	9	4	3
Serbie	1	1	»	»
Suède et Norvège	1	»	»	»
Suisse	3		»	»
Turquie	13	1	14	»
Totaux	83	12	28	2

Enseignement médical libre.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr KOENIG, 14, rue Monge. — Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

NOUVELLES

INCINÉRATION. — Notre ami, M. CAPUS, fera le 24 avril, à huit heures et demie du soir, dans la salle de la Mairie du Panthéon, une conférence, avec projections, intitulée : *L'Incinération; Souvenirs de voyages.*

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 11 au samedi 17 avril 1897, les naissances ont été au nombre de 1 073, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 379, illégitimes, 152. Total, 531. — *Sexe féminin :* légitimes, 380; illégitimes, 162. Total, 542.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 au samedi 17 avril 1897, les décès ont été au nombre de 1002, savoir : 557 hommes et 445 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F 6, T. 9. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 24, F 21, T. 45. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 6, F. 10, T 16. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 4, T. 7 Grippe : M. 0, F. 3, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 144, F. 79, T. 223. — Méningite tuberculeuse : M 12, F. 10, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 5, T. 17. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 29, T. 49 — Méningite simple : M. 16, F. 15, T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 27, F. 25, T. 52. — Paralysie, M 3, F. 7, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 7, T. 12 — Maladies organiques du cœur : M 34, F. 32, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 5, T. 15. — Bronchite chronique : M. 15, F. 11, T. 26 — Broncho-pneumonie : M. 29, F. 18, T. 47. — Pneumonie : M. 13, F. 21, T. 34. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 12, T. 40 — Gastro-entérite, biberon : M. 11, F. 6, T. 17. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 4, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 11, F. 8, T. 19. — Sénilité : M. 13, F. 18, T. 31. — Suicides : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres morts violentes : M. 14, F 8, T. 22. — Autres causes de mort : M. 82, F. 56, T. 138. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 4, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription 93, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 12. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 28, illégitimes, 17. Total : 45.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Sa bibliothèque.* — Toutes les années, quand revient le rapport sur les bibliothèques de la Sorbonne, ou de la Faculté de médecine, nous entendons les plaintes et les gémissements des professeurs, sur l'impossibilité où l'on est de compléter des collections scientifiques essentielles ou de se tenir au courant des publications où se consignent toutes les recherches nouvelles. Il faudrait 150,000 francs pour satisfaire MM. Darboux et Friedel, et autant pour MM. Brouardel et Potain. C'est pour cela qu'on crée d'autres bibliothèques.

Cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie. — M CASTEX, chargé de cours, reprendra ses leçons le mardi 4 mai 1897, à trois heures (3, rue Jacob) et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine. On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours de midi à trois heures.

ÉCOLE PRATIQUE. — *Exercices opératoires* sous la direction de M. POIRIER, chef des travaux anatomiques. — Troisième cours. — M le Dr DELBET, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 3 mai 1897, à 1 heure précise, pavillon n° 3.

CONFÉRENCES. — A la bibliothèque Forney, rue Titon, 12, près de la rue de Montreuil (XIe arrondissement), a eu lieu récemment une conférence par M. le Dr Edouard Toulouse, chef de clinique à la Faculté, sur ce sujet : le Système nerveux des artistes (organisation névropathique dans ses rapports avec la création artistique; effets sur cette creation des excitants artificiels, tels que alcool, café, tabac, morphine, etc.).

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME. — MM. Armand Gautier, membre de l'Institut et de l'Académie de medecine, Pellat, professeur à la Faculté des sciences, Riche, directeur des essais a l'administration des monnaies, de Luynes, directeur du service scientifique des douanes, Bardy, directeur du laboratoire central des contributions indirectes, Arnauné, directeur du contrôle des administrations financières, sont nommés membres de la commission chargée d'unifier les méthodes d'analyse applicables aux produits à base d'alcool et aux sucres.

Banquet annuel de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris. — Le banquet aura lieu le samedi 1er mai, à sept heures et demie du soir, chez Marguery, sous la présidence du Dr Bucquoy. L'assemblée générale de l'Association amicale aura lieu le même jour, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique.

Récompenses. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné des Médailles d'honneur et des Mentions honorables aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies : *Médailles d'argent* : Mme Bonnet (Marie) (sœur Scholastique), attachée au service des varioleux; Mme Velay (Rose-Marie) (sœur Sainte-Marcelle), attachée au service des varioleux ; M. Sardoux (Laurent), interne en pharmacie. — *Médailles de bronze* : M. Fougeron (Léger), infirmier, attaché au service des varioleux ; M. Dougnac (Jean), infirmier, attaché au service des varioleux. — *Mentions honorables* : Mme François (Henriette), infirmière, attachée au service des varioleux; Mme Mermilhort (Henriette), infirmière, attachée au service des varioleux.

Service de santé militaire. — Par décision ministérielle du 8 avril 1897 : M. Belleau, médecin principal de 2e classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême, est désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Constantine; M. Brisset, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; M. Plaisant, médecin-major de 1re classe au 1er régiment d'artillerie, est placé pour ordre à l'hôpital militaire de Bourges.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgiens des hôpitaux.* — Les candidats qui ont obtenu un minimum de 38 points sont admis à prendre part à la consultation écrite. Ce sont MM. Chevalier, Glautenay, Mauclaire et Thiéry, 47; Soulignoux, 45; Bouglé, 44; Auvray et Guillemain, 43; Launay, 42; Clado, 41; Cazin, Delbet et Morestin, 39; Jayle et Reblaud, 38.

Concours public pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 26 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 24 avril 1897, et sera clos définitivement le vendredi 7 mai, à trois heures.

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le lundi 31 mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 1er mai 1897, et sera clos définitivement le vendredi 14 du même mois, à trois heures.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. — Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 24 mai 1897, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3. MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat de l'Administration, de onze heures à trois heures, du lundi 26 avril au samedi 8 mai inclusivement.

La Peste aux Indes. — On mande de Bombay au *New-York Herald* : Sur les 50 cas avoués de peste bubonique qui ont été soumis au traitement du Dr Yersin, il y a eu 33 guérisons et 7 décès, soit une mortalité de 34 0/0. Depuis le commencement de l'épidémie, la mortalité avait été de 83 0/0. Les cas traités se classent ainsi :

	Morts.	Guéris.
17 cas traités le premier jour où la nature de la maladie fut connue.	2	15
17 traités le second jour.	6	11
12 traités le troisième jour.	6	6
3 traités le quatrième jour.	2	1
1 traité le cinquième jour.	1	0
Total.	17	33

Les cas traités avec de faibles doses de sérum donnent une mortalité de 60 0/0; avec de fortes doses, la mortalité tombe à 7 0/0. Le Dr Yersin a aussi fait des injections préventives à douze personnes; il attend de nouvelles provisions de sérum pour continuer ses expériences. L'épidémie diminue à Bombay, mais sévit violemment à Poona et à Kurrachee et l'on a découvert quelques nouveaux foyers d'infection dans les provinces.

Un cas d'empoisonnement par l'aloès. — Un singulier cas d'empoisonnement s'est produit ces jours-ci à la fête foraine du boulevard de Vaugirard. Un camelot, installé sur le boulevard de Grenelle, vendait une poudre jaune ayant la propriété de faire faire la grimace aux personnes qui en avait absorbé une pincée. Un certain nombre de curieux s'étaient rassemblés autour du camelot qui tout en débitant son boniment, procédait sur place à des expériences. Il jetait une pincée de sa fameuse poudre dans un verre rempli d'eau et demandait une personne de bonne volonté pour en absorber le contenu. Un jeune garçon de quinze ans, Charles Mansuy, séduit par l'invitation du camelot, s'approcha et absorba le liquide sans broncher. Deux fois il renouvela l'expérience sans que son visage trahit la moindre répugnance, mais soudain, à peine le dernier verre vidé, on le vit chanceler et s'abattre sur la chaussée en proie aux plus vives souffrances. Pendant que l'on s'empressait autour de l'enfant, le camelot prit la fuite, abandonnant son éventaire. Charles Mansuy a été transporté à l'hôpital où, grâce aux soins qui lui ont été prodigués, on espère qu'il ne succombera pas à ce commencement d'empoisonnement. La marchandise laissée par le camelot a été saisie et envoyée au laboratoire municipal, aux fins d'analyse. Dans la soirée, des agents ont arrêté un autre camelot, Henri V..., qui vendait également une poudre imitant celle du coco. Ce camelot a déclaré que cette poudre était de l'aloès pulvérisé; il sera poursuivi pour vente de produits pharmaceutiques sur la voie publique.

Les Engelures de l'Hippopotame. — Un des pensionnaires du Muséum, et non des moindres, Baptiste, l'hippopotame, a des *engelures*. C'est invraisemblable, mais c'est vrai. Comment l'hippopotame, cette énorme bête qui semble protégée par une si épaisse cuirasse contre les pernicieuses influences extérieures, est-il atteint d'un mal qu'on croyait réservé aux épidermes délicats ? Il faut dire que Baptiste est tout jeune encore. Choyé, dorloté, nourri de lait très pur, il semble, malgré son caractère exécrable, s'accommoder assez bien de son nouveau logis. Mais l'hiver arriva et avec lui les fâcheuses engelures. La peau de l'animal se crevassa sous l'action du froid. Grave évènement, car l'hippopotame est précieux. Vite, on construisit, spécialement pour lui, une petite chaudière, qui, jour et nuit, chauffe maintenant l'eau de sa baignoire. Même on doucha Baptiste, qui parut enchanté de ce traitement. Il guérira.

Nécrologie. — On annonce la mort, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, de M. le Dr Bury, ancien maire et ancien député de Saumur, père de M. Bury, élu récemment conseiller d'arrondissement du canton sud de Saumur. Le Dr Bury était médecin de l'hospice de la Providence et chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Il était maire de Saumur au moment de la guerre de 1870, et, comme administrateur ou médecin, sa conduite fut au-dessus de tout éloge : en plus des ambulances de blessés organisées dans la ville, il installa dans sa maison de campagne, une ambulance de 52 varioleux. M. le Dr Bury, élu député, siégea à la Chambre jusqu'en 1885. Il était chevalier de la Légion d'honneur.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 18. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er MAI 1897.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Guérison spontanée de la Cataracte (1);

Par le Dr KOENIG (de Paris).

Les tentatives faites dans le but de guérir la cataracte sans opération remontent à une date déjà éloignée. De nombreux cas ont été relatés; mais il est à peine besoin d'ajouter que beaucoup d'entre eux, sinon tous, étaient entachés d'erreurs de diagnostic, fréquentes à une époque où les moyens d'exploration étaient très imparfaits. La guérison de la cataracte par un traitement médical a été malheureusement exploitée et il n'est pas rare encore aujourd'hui de constater de telles méprises qui entretiennent chez quelques malades de vaines illusions.

Cependant est-il vrai qu'il existe certaines espèces d'opacités cristalliniennes susceptibles de se résorber d'elles-mêmes dans de certaines conditions, ou de subir un arrêt dans leur évolution?

Des cas semblables à ceux que je vais relater ont été publiés par plusieurs auteurs. Sans les malades que j'ai examinés, j'aurais ignoré leur existence, car je me souviens encore de mon étonnement en présence du second cas, qui venait de se montrer à moi avec une entière évidence. L'idée préconçue, dont on se détache difficilement, il faut l'avouer, en procédant à l'examen de certains faits, fut cause de l'erreur que j'ai commise à propos d'un premier malade. Il s'agissait d'un homme, atteint de diathèse urique, chez qui j'avais constaté l'existence de quelques opacités du cristallin qui n'avaient presque pas altéré la vision. Quand je le vis plus tard, elles avaient disparu et j'attribuai ce changement inattendu à une méprise. Cette particularité curieuse se reproduisit de nouveau il y a deux ans et cette fois le doute n'était plus permis. Il s'agissait de la mère d'un de mes amis, qui m'avait consulté pour des troubles de la vision et une conjonctivite catarrhale aiguë. Les circonstances dans lesquelles les soins furent donnés étaient très précises; et d'ailleurs j'avais consigné les résultats de mon examen, sans me douter de ce qui pouvait plus tard se produire.

Voici quelques détails de cette observation, qui a été complétée par M. le Dr Chabanet (de Riom), médecin ordinaire de la malade.

OBSERVATION.

Mme de F..., âgée de 70 ans, s'est présentée à ma consultation, à Vichy, le 23 septembre 1894, se plaignant de troubles de la vision dont le début remonte à cinq ans, et de conjonctivite catarrhale aiguë.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler, parents morts très âgés.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 35 ans n'a jamais été malade. A cette époque, crise légère de colique hépatique. Le Dr Durand Fardel constate une hypertrophie du foie. A la suite de grandes fatigues les crises ont augmenté, et il y a eu pendant dix ans des alternatives d'aggravation et d'amélioration. Puis, on constate une hypertrophie plus grande du foie et les premiers signes du diabète apparaissent; abondante quantité de sucre, près de 200 grammes en 24 heures. Fait plusieurs saisons à Vichy.

Pendant les cinq dernières années, la dose du sucre a subi de nombreuses oscillations : de 80 grammes à 0. Chaque augmentation du sucre est précédée des phénomènes ordinaires dont la malade se rend parfaitement compte : polyurie, polydipsie, etc., en même temps le foie devient plus gros, plus dur, plus douloureux. Jamais d'ictère. Accès de coliques hépatiques à intervalles éloignés.

Les troubles de la vision remontent à cinq ans environ, ils ont augmenté pendant deux ans au point qu'elle ne pouvait pas lire et que la vision de tous les objets était très confuse.

23 *septembre* 1894. — A l'examen je constate des opacités du cristallin occupant toute la région équatoriale sous forme de stries transversales pénétrant dans la profondeur vers le centre qui est entouré d'une auréole opaque, brumeuse. Les opacités sont beaucoup plus marquées dans l'œil gauche. Avec un verre concave — 2 D. OD V = 1/3. 06 V — compte les doigts à deux mètres.

24 *août* 1896. — La malade que je n'avais pas revue depuis deux ans revient à ma consultation et m'annonce que, depuis quelques mois, les brouillards de la vue se sont dissipés et qu'elle a pu reprendre ses lectures et ses travaux à l'aiguille, l'irisation qui entourait les lumières et qui la fatiguait beaucoup a disparu.

L'examen ophtalmoscopique vient confirmer à ma grande surprise ce que dit la malade.

Dans l'œil droit, il n'y a plus aucune trace d'opacité; le cristallin est parfaitement transparent. La recherche la plus minutieuse avec le miroir plan et un verre convexe ne me fait rien découvrir. L'acuité visuelle est normale.

Dans l'œil gauche, la vue qui jusqu'en janvier 1895 s'était très affaiblie, s'est améliorée aussi depuis cette époque insensiblement. La teinte bleuâtre qu'on apercevait à l'éclairage oblique a disparu, il ne reste plus que quelques opacités périphériques en bas et en dedans. Acuité visuelle presque normale.

Etat général actuel. — Le sucre est réduit à huit grammes; quelques varices aux jambes qui déterminent de l'enflure. Mme de F... suit assez fidèlement son régime. De temps en temps, symptômes d'acétonurie. A souffert, il y a quelques mois, d'une périostite alvéolo-dentaire qui est aujourd'hui améliorée.

Depuis un an, névralgies faciales violentes. Rien aux poumons. Intégrité du cœur et des vaisseaux. Dyspepsie atonique habituelle, mais légère.

Composition des urines variable. Divers éléments, entre autres l'urée subissent des alternatives en rapport avec les divers états du foie et du diabète. Pas d'albumine.

L'intelligence est restée intacte. Pas de modifications dans le caractère.

Dans leur traité, MM. de Wecker et Landolt consacrent quelques pages à cette question et énumèrent les cas spéciaux où cette résorption de la cataracte à son début peut se faire. Ce sont les troubles superficiels du cristallin, consécutifs à une blessure circonscrite de la capsule; les petites opacités, suite d'irido-choroïdite, consécutives à des lésions de la couche épithéliale intracapsulaire, les cataractes morgagniennes. Il convient surtout de faire ressortir dans la liste des cataractes susceptibles de rétrocession, celles qui surviennent chez des diabétiques dont l'état général s'améliore.

Parmi les auteurs, dont la compétence et la bonne foi

(1) Communication faite à la Société d'Ophtalmologie de Paris, le 6 avril 1897.

ne sauraient être suspectées, de Jäger et Nettleship ont cité des cas de résorption d'opacités cristalliniennes et d'arrêt dans l'évolution de cette transformation, à la suite d'un traitement général.

En 1885, Seegens et Tannahill ont publié des faits analogues. Le malade de Tannahill était un diabétique atteint de cataracte, dont la maladie dura onze mois. Dans les deux yeux, il y avait une cataracte nucléolaire symétrique et les deux cristallins étaient absolument opaques. Après un traitement général suivi, les cristallins s'éclaircirent graduellement et au bout de quinze jours toute trace de cataracte avait disparu. L'auteur conclut que la cataracte diabétique est plutôt une infiltration qu'une dégénérescence du cristallin. Et il compare ces altérations à celles de la peau, le cristallin étant, par son développement, un organe cutané.

Nettleship estime que les cas de guérison de cataractes diabétiques tendent à prouver que l'opacité du cristallin est due à la présence du sucre ou de l'eau. Je ne m'attarderai pas à discuter cette théorie. Je rappellerai seulement que, même chez les plus forts diabétiques, on n'a trouvé qu'une très faible quantité de sucre dans les milieux ambiants du cristallin. Elle serait insuffisante à entraîner des modifications dans des courants endo et exosmotiques. Rien ne prouve qu'elle puisse agir en soustrayant l'eau du cristallin. Malgré sa présence dans l'humeur aqueuse et le corps vitré, le sucre ne possède pas le pouvoir absorbant que l'on attribue au chlorure de sodium. Il s'agit bien plutôt d'une modification dans la composition chimique du sang et la structure des vaisseaux.

Quoiqu'il en soit, tous ces faits permettent de limiter la question et de la préciser.

Il existe donc certains états dyscrasiques, les grands processus morbides, l'arthritisme, la goutte, l'albuminurie, le diabète en particulier dans lesquels la formation des opacités peut n'être que temporaire; mais il s'agit toujours du début. Ce phénomène ne s'observe pas dans la cataracte sénile ordinaire, car la destruction des éléments anatomiques est plus rapide. Mais la cataracte diabétique peut se présenter chez un individu âgé et se comporter pendant un temps plus ou moins long comme chez un diabétique jeune.

La malade qui fait le sujet de mon observation est âgée de 70 ans, et a, par conséquent, tous les droits à une cataracte sénile pure, et cependant la résorption des opacités s'est faite.

Si l'existence des faits d'éclaircissement et de résorption des opacités est indéniable, leur interprétation est beaucoup plus difficile. En réalité, les théories de la formation de la cataracte sont incertaines; on ne sait pas ce qui se passe dans les milieux transparents, et, tant que cette obscurité règnera, il ne sera pas possible de trouver une explication rationnelle des phénomènes de résorption.

Ce qui n'est pas douteux, c'est que l'affection résulte d'un trouble de nutrition qui retentit sur le cristallin. Plusieurs expériences, entre autres celles de Panas, pour la cataracte naphtalinique, sont très confirmatives à cet égard. Le ralentissement dans le courant nutritif, les modifications chimiques du sang, les altérations du système vasculaire sont autant de causes qui agissent sur la nutrition de l'organe. Enfin, on a prétendu que l'humeur aqueuse peut être surchargée d'éléments salins qui absorbent l'eau du cristallin, que dans d'autres cas ces éléments faisaient défaut et que l'exosmose se trouvait ralentie.

La totalité du liquide sanguin peut d'ailleurs être intéressée, et la proportion des sels du sang est ainsi augmentée. Il y a plus, en dehors de l'augmentation des éléments normaux du sang, il peut se mêler d'autres éléments étrangers, des phosphates, des carbonates qui, en se précipitant sous l'influence d'une modification des milieux de l'œil, détruisent l'intégrité de la constitution anatomique du cristallin.

Quelles que soient ces théories, elles peuvent rendre compte, dans certaines conditions, de ce phénomène de résorption. Les altérations du cristallin au début sont peu avancées, et, s'il est vrai qu'elles proviennent d'un mauvais état de la santé générale, rien ne s'oppose à la possibilité de leur disparition proportionnellement aux modifications de l'état général.

En effet, le développement de l'opacité ne suppose pas la destruction de la fibre cristallinienne. Sans être très affirmatif sur le processus de l'opacification, on peut supposer une simple dissociation temporaire des fibres. Mais, si la fibre est détruite, si le noyau est sclérosé, il serait absurde de croire que la régénération est possible.

En réalité, nous n'avons qu'un pouvoir très limité pour agir sur la nutrition du cristallin, quand les lésions sont aussi avancées; nous ne pouvons pas modifier suffisamment l'organisme pour changer les matériaux de nutrition.

Le moyen le plus à notre portée serait d'agir sur l'espace périlenticulaire, d'activer la nutrition en renouvelant l'humeur aqueuse par des ponctions successives; mais la valeur de ce procédé thérapeutique est à démontrer. De même, l'action des courants continus a été très discutée. On a prétendu que le traitement avait fait subir un arrêt dans l'évolution de la cataracte. Je n'ai pas encore d'expérience à cet égard et il n'y a aucune observation probante.

Mon intention dans ce travail a été d'appeler l'attention sur un point intéressant de la pathologie du cristallin, dont on pourra peut-être un jour tirer des considérations sur l'étiologie de la cataracte.

Celle-ci demande à être plus approfondie et mieux connue; l'intérêt qui s'y rattache est assez important pour que toutes les tentatives faites dans le but de l'élucider soient justifiées, et aucune des particularités qui sont constatées dans l'évolution de la cataracte n'est à négliger.

En terminant, je rappellerai qu'il n'existe pas de traitement médical de la cataracte; mais il est pourtant des conditions mal définies où sa guérison spontanée se produit.

L'analyse des urines, l'analyse du sang, peuvent fournir des indications précieuses. Je signale aussi les recherches qui pourraient être entreprises sur les conditions climatériques, l'hygiène alimentaire des différentes populations. Enfin, la répartition géographique de cette affection si commune est encore à faire; et on pourrait avoir avec cet élément des donnécs utiles.

Monument du baron Larrey. — Un groupe d'amis de collège et d'études du regretté baron H. Larrey, ancien président du conseil de santé des armées, ancien médecin en chef des armées françaises en Italie et sur le Rhin, etc., etc., se sont réunis en comité, dans le but d'élever un monument à la mémoire de ce savant et de cet homme de bien. Ce monument serait érigé à l'école de santé militaire du Val-de-Grâce, où le baron H. Larrey a passé la plus grande partie de son existence comme membre du corps enseignant. L'Académie de Médecine a approuvé cette initiative et a décidé qu'une liste de souscription sera déposée au secrétariat de l'Académie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Calvitie vulgaire.

J'ai attendu, pour l'analyser, d'avoir sous les yeux le texte même de la récente communication de M. Sabouraud à la Société de dermatologie sur « la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire ». M. Sabouraud ayant fait, à mon sens, complètement fausse route, il était de toute nécessité de se reporter à son travail avant de discuter ses arguments. Les lecteurs du *Progrès médical* me pardonneront donc ce retard involontaire.

Résumons, tout d'abord, la communication de M. Sabouraud.

« La séborrhée grasse du cuir chevelu conduit infailliblement, dit-il, à la calvitie, comme elle détermine dans des conditions qu'il faudra préciser, la pelade, calvitie locale et momentanée. Séborrhée grasse, pelade, calvitie, sont des anneaux d'une même chaîne, relèvent du même parasite causal, et ce qui relie entre eux ces trois syndromes, c'est la dépilation, résultat constant de la même infection microbienne. »

Telle est la thèse soutenue par M. Sabouraud et il en souligne l'importance dans la phrase suivante :

« La calvitie vulgaire est restée jusqu'ici l'une des deux ou trois pierres angulaires de la diathèse arthritique, son témoin le plus assuré, sa manifestation la plus purement diathésique ; il n'est donc pas indifférent de prouver qu'elle est, au contraire, l'une des maladies les plus extraordinairement et les plus purement microbiennes que l'on puisse jamais rencontrer. »

Sur quelle base s'appuie donc cette révolutionnaire affirmation qui ne tend à rien moins qu'à reléguer aux accessoires la vieille et saine doctrine de l'arthritisme, fondée, non sur deux ou trois pierres angulaires, mais sur un ensemble de faits dont la clinique, chaque jour, démontre la réalité ?

Un microbe, le microbacille de la séborrhée, « celui sans la permission duquel aucun cheveu ne tombe de notre tête, » dit, après l'Ecclésiaste, M. Sabouraud, pénètre dans l'orifice pilaire, mais il ne descend que jusqu'au niveau d'abouchement de la glande sébacée. L'irritation qu'il détermine amène : 1° l'hypersécrétion sébacée ; 2° une hypertrophie de l'appareil sébacé; 3° une atrophie papillaire progressive du follicule infecté ; 4° une mort complète du poil. Mais, comme ce microbe n'envahit jamais la papille du poil, il faut qu'il agisse à distance. C'est donc qu'il sécrète une toxine qui, introduite dans l'économie, va uniquement frapper les papilles pilaires, organes producteurs du poil. Cultivé en des milieux artificiels, nous dit M. Sabouraud, le microbacille séborrhéique fournit une toxine qui, injectée aux animaux, produit la dépilation sans autre symptôme.

Ainsi se produit la séborrhée grasse qui est inséparable de la calvitie vulgaire. Celle-ci n'est qu'une infection séborrhéique chronique et progressive, comme la pelade résulte de l'infection aiguë et localisée.

Conclusion : « Chaque fois que l'infection séborrhéique a envahi le cuir chevelu, la dépilation des régions envahies s'ensuit toujours et nécessairement : cette dépilation progressive aboutit avec les progrès de l'infection à la calvitie vulgaire. »

Ainsi, et par sa seule localisation intra-folliculaire, dit encore M. Sabouraud, la lésion de la séborrhée est aussi spécifique que par sa forme enkystée toujours la même, que par ses colonies microbiennes toujours pures. Cette lésion est aussi spécifique et particulière que n'importe quelle infection parasitaire profonde, telle que le kyste intra-musculaire de la trichine ou les tubercules viscéraux.

On ne saurait être plus affirmatif et pourtant je déclare formellement que cette affirmation n'est pas exacte. « Je n'ai donc à solliciter de personne, conclut M. Sabouraud, une foi aveugle, mais de tout le monde un contrôle et une vérification. La seule chose que je sois en droit de demander aux argumentateurs, ce sont des faits précis et non pas des objections de doctrine ou de théorie qui sont de la littérature. »

J'apporterai donc des faits précis, non des faits microbiologiques qui n'ont peut-être pas toute l'importance que croit devoir leur attribuer M. Sabouraud, mais des faits cliniques, ces derniers, on me l'accordera, valant bien les premiers.

Lorsqu'on examine un chauve, il y a deux points à discuter : ou bien il s'agit de la calvitie arthritique, ou bien il s'agit de la calvitie par séborrhée, et c'est précisément parce qu'il a confondu ces deux choses, avec la plupart des auteurs, d'ailleurs, il faut le reconnaître, que M. Sabouraud est arrivé à des conclusions inadmissibles. Ce n'est pas, en effet, question de croyance ou de doctrine que la calvitie vulgaire; c'est une question de fait, parfaitement et solidement établie et, pour devenir chauve, il faut réunir des conditions bien déterminées qui sont, dans un cas l'arthritisme, dans l'autre la séborrhée.

Or, la calvitie des arthritiques n'a rien à voir avec les faits visés par M. Sabouraud. Quels sont donc ses caractères? 1° Une calvitie qui commence partout, toujours et chez tous à la même époque de la vie. Ce n'est pas tantôt à cinquante, tantôt à quarante, tantôt à trente ans que commence la calvitie vulgaire : c'est à vingt-cinq ans, parfois un peu plus tôt, quelquefois un peu plus tard, mais à vingt-cinq ans dans l'immense majorité des cas et ce fait seul est d'une importance capitale, car la calvitie, comme toutes les manifestations de l'arthritisme, vient à heure fixe avec une régularité véritablement surprenante. C'est donc une erreur de croire, avec M. Sabouraud, que la calvitie vulgaire est un effet de la sclérose sénile; c'est, au contraire, l'une des manifestations précoces de la diathèse. Sa régularité d'apparition est donc absolue et, de même que c'est à douze ans que surviennent, chez un arthritique, les épistaxis; à vingt ans qu'apparaissent les migraines; à trente ans que se montrent les premières manifestations articulaires ; à quarante-cinq ans que commence la néphrite, etc., de même, c'est à vingt-cinq ans que les cheveux commencent à tomber. S'il y a des exceptions, c'est plus que jamais le cas de dire qu'elles confirment la règle.

Que dire dès lors de ce microbe sans la permission duquel aucun cheveu ne tombe de la tête et qui n'octroie sa permission qu'à des sujets de vingt-cinq ans exactement?

2° Chez quels sujets évolue cette calvitie? Chez ceu qui présentent cette tare que l'on appelle arthritisme

ou herpétisme et pas chez d'autres. Epistaxis, migraines, varices, hémorrhoïdes, hernies, varicocèle, troubles trophiques des ongles, rhumatisme déformant, artério-sclérose, néphrite, etc., voilà ce qu'on trouve chez ces chauves. Je n'insiste pas et je renvoie au traité de M. Lancereaux, l'un des rares qui aient su voir ces choses et les bien décrire. Lorsqu'un homme est atteint de cette calvitie, il accuse sûrement un certain nombre de ces troubles dystrophiques et dans ses antécédents immédiats, on les retrouvera. Nous verrons qu'il n'en est rien chez les séborrhéiques.

3° Où siège cette calvitie? Non pas sur les tempes, comme dit M. Sabouraud, mais au vertex, du front au sinciput, et il ne saurait être question de la couronne de cheveux laissée sur le front. Le prototype du chauve vulgaire est Hippocrate, dont la figure décore toutes nos pièces médicales. Qu'on regarde ses tempes; elles sont garnies et il n'en est pas ainsi chez les séborrhéiques.

4° Ce que l'on voit chez ces sujets arthritiques, c'est une sueur profuse, avec chaleur du cuir chevelu qui leur fait toujours tenir le chapeau à la main tout chauves qu'ils sont, mais pas de séborrhée (voir plus loin).

5° La pelade, nous dit M. Sabouraud, est, à l'état aigu, ce qu'est la calvitie vulgaire à l'état chronique. Mais les arthritiques ne sont pas plus exposés que d'autres à prendre la pelade; leur calvitie ne se transforme pas en pelade. Il n'y a pas chez eux coexistence de ces deux modalités cliniques, comme parfois chez les séborrhéiques.

Cette constatation m'amène donc à parler de la calvitie des séborrhéiques.

Cette calvitie présente elle aussi, des caractères bien spéciaux.

1° Elle évolue chez des sujets qui ont de la séborrhée du cuir chevelu, et c'est un fait de notion courante que les pellicules déterminent la calvitie. Mais si les arthritiques peuvent être atteints de séborrhée comme d'une maladie quelconque, elle n'est dans leur calvitie qu'une contingence et il faut bien se garder de les confondre à cet égard avec les séborrhéiques. Chez ces derniers, la séborrhée est la cause nécessaire de la chute des cheveux et la constitution n'est plus en jeu. Le plus souvent même, il ne s'agit pas d'arthritiques.

2° Au lieu donc de survenir dans la jeunesse comme chez l'arthritique, la calvitie du séborrhéique survient aussi bien à trente qu'à cinquante ans après une période de séborrhée à laquelle le malade n'a pas pris garde.

3° Dans la famille d'un chauve arthritique, il n'est pas rare de voir plusieurs chauves, si bien que cette phrase est banale : « On perd ses cheveux de bonne heure, dans ma famille. » Chez les séborrhéiques, il n'en est pas ainsi, et non moins communément entendue est la phrase que voici : « C'est d'autant plus extraordinaire de me voir chauve, que dans ma famille, à l'âge le plus avancé, tous nos parents conservent leurs cheveux. »

4° La calvitie même des séborrhéiques a des caractères qui peuvent la faire reconnaître. Outre qu'elle est diffuse, en grandes clairières qu'il ne faut pas confondre avec les petites clairières de la syphilis, elle occupe des parties que respecte la calvitie arthritique. C'est ainsi que les régions temporale et pariétale sont fréquemment atteintes, de même que l'occiput où les cheveux tombent par grandes masses, des mèches voisines restant fermes.

5° La marche de la calvitie séborrhéique est aussi bien différente. Elle présente très souvent des processus aigus : tout à coup les cheveux tombent en quantité telle qu'on redoute pour le malade une dépilation analogue à celle de certaines pelades trophonévrotiques; puis, sous l'influence d'un traitement ou peut-être spontanément, la chute des cheveux s'arrête et d'autres cheveux repoussent avec une rapidité surprenante et qui laisse bien loin derrière elle la repousse d'un centimètre par mois que l'on nous dit normale. On voit ainsi des cheveux qui, en moins d'un mois, ont poussé de huit et dix centimètres. Cette marche est bien différente de celle de la calvitie arthritique qui met des années à évoluer et sans régression, le plus souvent même, sans arrêt.

6° Nous savons tous enfin que sous l'influence du traitement soufré, la guérison ou tout au moins un temps d'arrêt de la calvitie séborrhéique est possible sauf pour quelques cas graves, tandis qu'il n'en est rien pour la calvitie arthritique. Quoi qu'on fasse, les cheveux d'un arthritique continueront à tomber.

Qu'après cela, la séborrhée soit affaire microbienne, je n'en disconviens pas et l'avenir se chargera de confirmer les recherches de M. Sabouraud, ou de les infirmer.

Que la séborrhée présente des rapports avec la pelade ou plutôt avec une dépilation aiguë circonscrite, arrondie, rappelant la pelade, cela est certain et c'est dans le mémoire de M. Sabouraud, le point que je soulignerais le plus volontiers. Il a parfaitement mis en valeur cette relation dont la clinique nous rend assez fréquemment témoins. J'avais pour ma part, en 1892, signalé ce fait que « dans la pelade, il y a souvent, en dehors des plaques, une chute plus ou moins abondante et généralisée des cheveux. J'ai été amené à cette remarque par l'affirmation de plusieurs femmes atteintes de pelade et qui se plaignaient de perdre leurs cheveux alors que je ne trouvais d'autres plaques que celles que je soignais. Chez un de nos malades, j'ai pu ainsi constater sur la partie postérieure de la tête une sorte d'alopécie en clairière et cependant, il n'y avait qu'une plaque de pelade au vertex qui guérit, d'ailleurs, fort bien (1). » Ce sont des faits de ce genre que M. Sabouraud a observés. Récemment encore, j'ai soigné une jeune fille atteinte d'eczéma séborrhéique de la poitrine et du cou. Deux mois après, elle fut atteinte d'une dépilation suraiguë en clairière du cuir chevelu consécutive à une atteinte brusque de séborrhée sèche et, pendant le traitement, je vis apparaître une plaque peladoïde au vertex. S'agit-il réellement de pelade? De tels faits, joints à cette observation que, dans ces cas, je n'ai jamais vu de contagion, me font hésiter sur le diagnostic de pelade vraie et je crois plutôt qu'il s'agit d'une modalité de dépilation séborrhéique qui ressemble à la pelade, mais qui n'est pas ce que nous appelons la pelade.

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, 1892, p. 896.

Tels sont les arguments que je voulais faire valoir. On remarquera que je me suis abstenu d'hypothèses et de littérature ; que je n'ai pas dit à M. Sabouraud : Comment se fait-il ceci ; comment se fait-il cela ? Je suis resté sur le domaine des faits, et, comme les chauves ne sont pas rares, il sera facile de se rendre compte qu'ils n'appartiennent pas à la même catégorie ; qu'il y a dans les calvities permanentes et irrémédiables peut-être une calvitie des vieillards, mais sûrement deux calvities, celle des arthritiques et celle des séborrhéiques, bien distinctes l'une de l'autre. Et voilà pourquoi, malgré le lapin dépilé et le micro-bacille de M. Sabouraud, il y aura dans vingt ans, de par le monde, autant de chauves qu'aujourd'hui. Paul Raymond.

Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France.

(Trente-huitième assemblée générale.)

Dimanche, 25 avril, a eu lieu la trente-huitième réunion de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France dans le grand Amphithéâtre de l'Assistance publique. Comme chaque année, les délégués provinciaux étaient nombreux. M. le Pr Lannelongue, président, ouvre la séance à deux heures précises et nous entendons successivement M. Thibierge qui, dans son rapport sur l'*élection du président général*, présenté au nom d'une commission composée de MM. Bucquoy et Blache, annonce que M. le Pr Lannelongue, président sortant, dont les pouvoirs expiraient cette année, a été réélu pour une période quinquennale par 3.755 voix sur 3.778 suffrages (1).

Dans une excellente improvisation, M. Lannelongue, en termes émus, remercie l'assemblée de sa réélection. Il fait un chaleureux appel à tous pour augmenter la prospérité de l'Association et il termine en demandant aux jeunes surtout de ne pas s'isoler et de venir avec une intention confraternelle.

M. le Dr Blache, trésorier général, présente à la suite du discours de M. Lannelongue, le rapport de la situation financière pendant l'exercice 1896-1897. Le bénéfice a été de 72.418 fr. 23 pour l'ensemble des trois caisses : 1° caisse des fonds généraux ; 2° caisse des pensions viagères ; 3° caisse des veuves et orphelins.

La caisse des pensions viagères a surtout progressé, et, dans quatre ou cinq ans, elle possédera un capital de deux millions. Le bénéfice net de la caisse des pensions viagères a été cette année de 57.512 fr. 30 se décomposant ainsi :

Dons et legs particuliers.	12.439 25
Versements volontaires des Sociétés locales . . .	18.366 92
Arrérages des rentes	7.355 05
Subvention de la caisse des fonds généraux . . .	6.000 »
Intérêts capitalisés au 31 décembre 1896	13.351 08
Total	57.512 30

La caisse des veuves et des orphelins créée par décision de l'Assemblée générale du 13 avril 1896 s'est bien développée et possède un certain capital. Nous ne doutons pas qu'elle devienne prochainement des plus prospères.

En somme l'avoir de l'Association générale est le suivant :

Caisse des fonds généraux	66.104 50
— pensions viagères	1.813.787 03
— veuves et orphelins.	43.341 25
	1.923.232 78

M. Motet, membre du Conseil général donne lecture de son rapport sur la gestion financière du trésorier qu'il approuve complètement.

Enfin, M. le Dr Lereboullet présente son rapport sur la situation et les actes de l'Association pendant l'exercice 1896-97. Nous n'insisterons pas sur les questions intéressantes soulevées par l'honorable rapporteur. Nos lecteurs les trouveront dans l'Annuaire de l'Association. Après avoir rendu hommage à la mémoire des morts de l'année, le Dr Lereboullet termine en faisant, à son tour, appel au zèle de tous.

Il est ensuite procédé aux élections. Sont élus : *vice-président* : M. Leroux (de Versailles), président de la Société de Seine-et-Oise, en remplacement de M. Dufay, démissionnaire. Sont réélus *membres* du Conseil, MM. Brouardel, Chauffard, Lande, Riant et Surmay, membres sortants, rééligibles. Sont élus membres nouveaux : MM. Sainton (Aube), Dieu, directeur du Service de Santé au Ministère de la guerre, Villard, président de la Société des Bouches-du-Rhône.

A la suite de ce vote, la séance est levée. Le soir les membres de l'Association se réunissaient à l'hôtel Continental en un banquet confraternel, où l'on a bu à la prospérité de l'Association et prononcé force toasts.

Albin Rousselet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 avril 1897.

Sur l'action physiologique et pathologique des rayons X.

M. Sorel signale de nouveaux accidents consécutifs à la radiographie chez deux sujets doués de réceptivité particulière pour les rayons X. L'un d'entre eux, une fillette de neuf ans, eut, à la suite d'une pose d'une heure à une faible distance du tube Collardeau, une tache rouge suivie de soulèvement et de chute de l'épiderme au voisinage de la région radiographiée. Chez l'autre, les accidents se montrèrent plus intenses, et apparurent non seulement à la région soumise à l'expérience, mais en d'autres points éloignés du corps. La tache rouge signalée dans le premier cas marqua encore le début de l'accident avec cette particularité qu'elle était un peu douloureuse au toucher. Puis survinrent des douleurs profondes assez aiguës, de la suppuration qui dura un mois et ne céda qu'aux compresses d'acide borique. L'escarre produite par l'application de ces compresses devint très douloureuse, et les douleurs furent telles que des cataplasmes à la vaseline cocainée, renouvelés toutes les deux heures, ne firent que les atténuer un peu. La douleur éprouvée est celle que cause une brûlure profonde ; mais il semble que l'effet produit est fort différent, que les rayons X exercent sur la cellule et son contenu une action puissante qui doit en faire restreindre l'emploi, au moins chez certains sujets, dans le voisinage d'organes importants, comme l'estomac, le cœur ou les poumons.

Procédé de vaccination contre l'empoisonnement par le ricin. Introduction consécutive des graines et des tourteaux de ricin dans la ration des animaux immunisés.

M. Cornevin. — On sait que le tourteau de ricin, par la ricine qu'il contient, est très vénéneux, et n'a pu être em-

(1) Lannelongue, 3.755 voix ; Cornil, 5 ; Léon Labbé, 5 ; Léon Colin, 4 ; Hameau, 2 ; Bucquoy, 1 ; Hérard, 1 ; Fabre, 1 ; Lereboullet, 1 ; Peyrot, 1 ; Potain, 1 ; Tourdes, 1. Bulletins blancs ou nuls, 8.

ployé jusqu'à ce jour à l'alimentation des animaux domestiques. M. Cornevin a trouvé, en se fondant sur la nature chimique de la ricine qui est une toxalbumose, le moyen de rendre ce tourteau utilisable. Il résume ainsi les conclusions de son travail : I. Le chauffage de la ricine à 100°, pendant deux heures, la transforme en un vaccin qui, injecté sous la peau, immunise contre l'empoisonnement par le ricin. — II. La susceptibilité des diverses espèces animales domestiques vis-à-vis du ricin est fort inégale : les ruminants sont beaucoup plus sensibles que les porcs et les gallinacés. — III. Les sujets vaccinés conservent très longtemps intacte l'immunisation qu'ils ont acquise.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril. — Présidence de M. Caventou.

L'œdème aigu du poumon.

M. Huchard, après avoir exposé les trois grandes formes cliniques de l'œdème aigu du poumon, les deux premières *suraiguë* ou *foudroyante* et *aiguë* avec expectoration caractéristique, la troisième *d'emblée bronchoplégique*, sans expectoration, montre que quelle que soit l'affection initiale qui a causé l'œdème, l'aortite, et surtout la périaortite constituent l'intermédiaire obligé. On retrouve la périaortite dans les œdèmes compliquant l'insuffisance aortique artérielle, l'angine de poitrine coronarienne, la néphrite interstitielle, le rétrécissement mitral des artérioscléreux. La filiation pathogénique est alors celle-ci : *troubles de l'innervation cardio-pulmonaire par périaortite* ; *augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation*; *insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit.* Il s'agit d'un affaiblissement considérable et subit du ventricule droit et pas de celui du ventricule gauche, ce qui aboutirait à l'asystolie. Et ce n'est pas le tableau de l'asystolie qui vient constituer tous les accidents.

Par suite de cette pathogénie, les indications thérapeutiques s'inspirent de trois éléments : 1° Enorme hypertension pulmonaire, affaiblissement subit ou rapide de l'organe compensateur, du ventricule droit, vaincu par cette hypertension (élément *mécanique*) ; 2° Troubles de l'innervation cardio-pulmonaire (élément *nerveux*) ; 3° Imperméabilité rénale très fréquente, avec intoxication consécutive de l'organisme (élément *toxique*).

Contre la distension du ventricule droit, la digitale est peu efficace et n'a pas le temps d'agir. L'influence d'une large saignée générale de 3 à 400 grammes est au contraire merveilleux. Contre le collapsus cardiaque, les injections d'huile camphrée sont plus actives que les injections d'éther. Elles sont, de plus, moins douloureuses.

Pour combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire et surtout l'état parétique des bronches et du diaphragme qui apparaît le plus souvent à la seconde phase de la crise œdémateuse et qui est l'une des causes les plus puissantes de la terminaison fatale, on peut avoir recours aux préparations de strychnine, surtout en injections hypodermiques. Car il faut agir résolument et rapidement, et l'une des conditions principales du succès de la thérapeutique est de savoir surpasser le mal en vitesse. Dans la première observation de M. Huchard, rapportée en 1879, l'électrisation du nerf vague (que l'on devra toujours faire avec prudence) a produit, pendant plusieurs jours, d'assez bons effets; c'est là une indication à laquelle on peut songer dans les cas graves et à répétition. Mais, pour prévenir ces troubles d'innervation, il faut combattre la périaortite par des cautérisations à la région sternale et aussi par l'application de cautères et de ventouses scarifiées à ce niveau. Contre l'élément toxique, le maintien d'une diurèse suffisante par le régime lacté, la théobromine, est la meilleure sauvegarde. Les vésicatoires lésant le rein sont par suite contre-indiqués. On se défiera également chez ce malade de l'iodure si fréquemment prescrit aux artérioscléreux.

M. Debove rappelle qu'à côté des cas d'œdème suraigu signalés partout comme accident de la thoracentèse, il est des cas où cet œdème est subit et survient chez des individus qui ont présenté auparavant des accès frustes. Mais il croit que dans les cas d'affection cardiaque et surtout aortique, il existe une prédisposition spéciale.

M. Brouardel signale l'importance de ces morts foudroyantes en médecine légale. Le traitement par les injections de morphine a été parfois incriminé. Il insiste sur le rôle des lésions rénales.

M. Dieulafoy accorde également au mal de Bright un rôle prépondérant.

M. Debove ne pense pas que la néphrite soit une cause essentielle, fatale, de l'œdème aigu du poumon, puisqu'il peut être produit simplement par la thoracentèse faite d'une certaine façon. En outre, dans le mal de Bright avancé le cœur est touché, et l'on ne voit pas pourquoi dans ces cas on attribuerait l'œdème aigu du poumon plutôt au rein qu'au cœur.

M. Brouardel signale les œdèmes aigus qui viennent compliquer les bronchopneumonies rubéoliques. Ces faits ont été fréquents pendant le siège de Paris. En somme, il y a beaucoup de causes à l'œdème aigu du poumon : thoracentèse, inflammation aiguë des bronches et du larynx, lésions rénales seules, lésions rénales combinées à des maladies du cœur ou de l'aorte, lésions du cœur ou de l'aorte seules ; toutefois, M. Brouardel n'a pas encore rencontré d'exemples liés à cette dernière origine seule.

L'élongation vraie de la moelle dans le tabes.

MM. Gilles de la Tourette et A. Chipault, après une étude anatomique et expérimentale des plus intéressantes, décrivent un procédé nouveau d'élongation de la moelle. Voici la partie thérapeutique de leur communication. En somme, disent-ils, tandis que la suspension du rachis ne produit qu'une élongation insignifiante de la moelle, sa flexion sur un sujet assis, les jambes étendues, produit une élongation de cet organe de près de 1 centimètre, portant presque toute son action sur ses parties postérieures, au niveau des premières paires lombaires.

Applications thérapeutiques. — Ces faits constatés, nous pensâmes d'emblée à en tenter l'application à la thérapeutique de l'ataxie locomotrice. Nous y étions encouragés par ce fait que pendant ces vingt dernières années, le traitement de cette affection a été dominé presque complètement par cet objectif : agir mécaniquement sur les organes nerveux malades. L'appareil que nous avons fait construire dans ce but se compose essentiellement d'une table basse, portative, longue de 1 m. 40, large de 45 centimètres, portant à sa partie postérieure un petit dossier auquel est fixée une courroie ou sangle. Sur la ligne médiane, à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs de la table, est adaptée une poulie sous laquelle passe une corde de traction reliée à un moufle fixé au niveau du bord libre. Le patient s'assied bien d'aplomb sur la table, les jambes étendues, la poulie située dans leur intervalle. Le tronc est alors fixé par la sangle du dossier, afin d'éviter le glissement du corps en avant. Les jambes sont maintenues dans la rectitude, les pieds reposant sur la table par les talons et leur bord interne se touchant, par une sangle passée autour de la table et fixée au-dessus des genoux. De cette façon, les membres inférieurs ne peuvent ni se fléchir ni se renverser en dehors. La partie essentielle de l'appareil consiste en une sangle à quatre branches affectant la forme d'un X. Les deux branches supérieures sont munies d'anneaux situés à diverses hauteurs. Leur face antérieure porte cette indication destinée à éviter des erreurs d'application : face, côté droit, côté gauche. La branche inférieure, la plus petite, qui doit être placée du côté gauche du sujet, est pourvue d'une boucle ; la plus grande branche inférieure passe autour du bassin du sujet, puis sous la table et va se fixer à la boucle de la petite branche. Les deux branches supérieures passent sous les bras. Au niveau de la région dorsale, on les entre-croise à la façon d'une croix de Saint-André de

manière que la branche droite passe à gauche et réciproquement et que leur extrémité libre munie d'anneaux vienne de chaque côté se poser sur les épaules à la façon de deux bretelles. A ces anneaux, un peu plus haut, un peu plus bas suivant la taille des sujets, se fixent les deux extrémités terminées en crochets d'une petite barre de fer disposée en forme de cintre et munie à sa partie médiane d'un anneau dans lequel s'engage la corde de traction : celle-ci se réfléchissant sur la poulie située entre les jambes du sujet, la traction d'horizontale devient verticale, ce qui force le malade, l'appareil étant en place et manœuvré, à se courber, à fléchir le rachis.

Dans la majorité des cas, la force à déployer, mesurable à l'aide d'un dynamomètre qu'on peut interposer entre le crochet de la moufle et la corde de traction, varie entre 60 à 80 kilos, soit une moyenne de 70 kilos fournie par dix ataxiques. Ce maximum n'est pas obtenu dès la première séance. En effet, le sujet, forcé de se courber en avant, éprouve dans la région dorso-lombaire une sensation qui deviendrait vite douloureuse si la traction était trop forte. Sa tolérance augmente généralement dans les cinq ou six premières séances pour devenir ensuite stationnaire. D'autre part, si la traction est exagérée, le sujet sent une tension dans les sciatiques des deux côtés, ce qui est la meilleure preuve qu'il se produit une élongation de la moelle et des gros troncs nerveux qui se rendent aux membres inférieurs : si l'on tirait trop fort, on risquerait de produire, comme nous l'avons observé quatre fois, une sciatique double. Nous insistons donc sur ce fait que pendant la durée de l'opération, les membres inférieurs doivent rester étendus à plat, de façon à ne pas permettre le relâchement des sciatiques. La tête sera libre, moyennement fléchie sur le thorax, les bras seront pendants ou repliés le long du tronc. Dans ces conditions, aucun accident n'est à redouter, la respiration se fait librement, la circulation n'est en aucune façon gênée, à l'inverse de ce qui se produit généralement dans la suspension. De même qu'au début de toute séance, la traction doit être progressive, à la fin de l'opération, on ne produira pas, en lâchant brusquement la corde de traction, une déflexion subite du rachis. La durée moyenne d'une séance oscille entre huit et douze minutes, temps maximum.

Nos recherches, à l'aide de l'appareil que nous venons de décrire, ont porté sur deux groupes de sujets. Nous avons d'abord expérimenté sur dix individus valides, qui ont bien voulu se prêter à nos investigations, de façon à nous permettre de nous rendre un compte exact des sensations éprouvées et de préciser ainsi la technique de l'intervention. Nous avons ensuite opéré sur 47 ataxiques : 39 hommes et 8 femmes.

Nous n'avons pas soumis indistinctement les ataxiques à la flexion rachidienne. Il faut respecter certains cas de tabes à évolution très lente, des tabes parvenu à la troisième période, et de tabes à marche aiguë. Restent les ataxiques ordinaires parvenus à la deuxième période de leur mal qui, si l'on n'intervient pas, les sujets de cette catégorie sont fatalement voués à une évolution progressive et assez rapide de leur mal : chez ces ataxiques, de tous les plus nombreux, la flexion du rachis constitue la méthode thérapeutique la meilleure. Nos observations le démontrent.

En effet, 22 de nos malades, soit près de la moitié, ont été améliorés suivant la presque totalité des symptômes de leur maladie. Cette amélioration a porté, en premier lieu, sur l'ensemble des phénomènes douloureux : crises à caractère fulgurant, troubles de sensibilité. En second lieu, sur les troubles urinaires, la rétention en particulier : l'incontinence a été moins favorablement influencée. Enfin la flexion a eu une action presque constamment favorable sur l'impuissance. Sur nos 22 malades, 12 présentaient une incoordination motrice assez marquée : chez 10 la marche a pu se rétablir dans des conditions satisfaisantes. Dans tous les cas les symptômes oculaires ou bulbaires n'ont été que très médiocrement influencés.

Ces résultats cadrent avec les résultats de nos recherches anatomiques. La flexion a une action surtout marquée sur la moitié inférieure de la moelle dorsale, la moelle lombaire et les nerfs de la queue du cheval. Or, cliniquement, c'est sur les symptômes imputables aux lésions de ces régions, qu'a porté l'amélioration.

A côté de ces 22 cas où le résultat a porté d'une façon générale sur la totalité des symptômes de l'affection, 16 autres en ont retiré des bénéfices analogues, mais plus restreints et limités à quelques-uns seulement de ces symptômes. 10 de nos malades seulement n'ont retiré de la flexion rachidienne aucune amélioration. Cette proportion est d'un quart à peine, au lieu du pourcentage de 35 à 40 insuccès pour 100 établi dans notre première statistique portant sur 100 cas de tabes traités par la suspension dans le service du professeur Charcot à la Salpêtrière.

Aucun de nos malades n'a subi moins de 15 à 20 séances de flexion. L'amélioration s'est montrée généralement vers la dixième ou quinzième séance, à dater du moment où la traction maximum avait été tolérée. La pratique nous a conduit à conseiller une séance tous les deux jours ; la séance quotidienne n'est efficacement tolérée qu'à la condition de ne pas excéder cinq à huit minutes de durée ; elle peut être utile dans les cas où les phénomènes douloureux sont proéminants. Il nous a semblé inutile d'appliquer la méthode pendant plus de trois à quatre mois consécutifs, soit 40 à 50 séances. Il arrive, en effet, presque toujours une période où, dans un traitement de longue durée tel que celui du tabes par l'élongation de la moelle, les bénéfices obtenus semblent, au moins momentanément, ne pouvoir être dépassés. Il faut alors interrompre les séances et profiter de ces interruptions pour instituer un traitement médicamenteux, prescrire une saison thermale, car l'élongation n'est pas exclusive des autres méthodes thérapeutiques.

Absorption cutanée de l'iode, de l'iodoforme et de l'iodure d'éthyle.

MM. LANNOIS et LINOSSIER montrent que cette absorption, très minime pour l'iode, est plus grande pour l'iodoforme et surtout pour l'iodure d'éthyle qui pourrait peut-être être utilisé pour produire la médication générale iodurée par applications hypodermiques.

A. F. PLICQUE.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES (1).
Session d'avril 1897.

Dans les séances des 22 et 23 avril, il y a lieu de noter les communications suivantes.

M. Léon LAFORGE envisage les *causes de la mortalité des enfants en bas âge*, en s'appuyant sur les statistiques du Havre, et trouve les raisons suivantes : en hiver, la pneumonie et la bronchopneumonie ; en été, la gastro-entérite ; et enfin l'alimentation vicieuse. Pour combattre cette dernière cause, le meilleur moyen serait la distribution de lait pur aux enfants.

M. le Dr PONCET (de Lyon) parle de l'*actinomycose en France en 1896*, et attire l'attention des médecins de campagne sur la recherche de cette affection, qui est plus fréquente depuis qu'on la connaît mieux. Chez trois malades, M. Poncet a constaté l'existence d'une pseudo-actinomycose, ou *nouvelle mycose à grains jaunes*, déjà décrite au Congrès de Chirurgie (1896).

M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES lit un travail sur *les actions de transport électro-moléculaires*. Les rayons de Rœntgen transporteraient des poussières métalliques sur la paroi anticathodique. Ce transport, impalpable au moment où il se produit, n'en est pas moins très réel ; puisque c'est à lui qu'est due la mise hors d'usage des tubes à vide et qu'en l'atténuant ou le supprimant on prolonge la durée de ces tubes.

Les actions de transport électro-moléculaire reçoivent, quant à leur démonstration, un nouvel appui de ces faits longtemps niés. L'idée de véhiculer la matière et surtout les

---

(1) V[illegible] *Progrès médical*.

médicaments n'est cependant pas neuve. Povati (de Florence), la préconisait dès 1757 et utilisait l'électricité statique pour véhiculer les médicaments *in loco dolenti*. Il alla même plus loin et prétendit faire pénétrer par l'électricité dite depuis franklinienne même les substances thérapeutiques contenues dans les tubes de verre. C'était aller trop loin... pour l'époque, et l'abbé Nollet, qui vint dans l'intention de contrôler ces faits, ne put rien constater (1).

Et cependant combien d'action de transport par la foudre, de murs entiers en brique pesant des milliers de kilogrammes (Swinton 1809), de gens dont les vêtements ont été portés au loin (2), de foudre globulaire ou de phénomènes divers démontrant les actions mécaniques électriques.

L'expérience de laboratoire, dite du portrait de Franklin, qui volatilise une feuille d'or et en forme sur une surface plane, comme les images photo-fulgurales exposées plus loin, l'empreinte du grand savant de Philadelphie, est à la fois une action mécanique et une action photographique ; en la nature se produisent des faits analogues. Le temple de Jérusalem que l'empereur Julien essaya de reconstruire et dont la foudre dispersa les pierres est un autre fait d'ordre mécanique.

En thérapeutique, Barbet, Fabré-Palaprat, Peterson, Omnius, Edison reprirent l'idée du transport électro-moléculaire. Nous-mêmes (1884-1890) fîmes une série d'expériences dans cet ordre d'idées. En voici quelques-unes : une peau de poulet entourée de papier incolore et imprégnée de cyanure de potassium, extérieurement et sans qu'il y ait d'imbibition possible, sont des tampons imprégnés de sulfate de fer et reliés aux pôles d'un appareil électrique quelconque : on trouve en ligne droite une tache bleue de ferro-cyanure de potassium, indiquant le transport du fer à l'intérieur. Si l'on fait passer un courant dans une cuve de verre inclinée contenant de l'eau ayant à sa partie inférieure un globule de mercure relié au pôle positif, on trouve bientôt au pôle négatif situé plus haut des traces évidentes du mercure transporté. Des tampons de charbon donnent dans la bouche une sensation métallique quand on les applique sur les glandes salivaires, le transport se ferait-il des pôles ou des pôles métalliques? Ces mêmes tampons imbibés de substances médicamenteuses en donnent la saveur au patient ainsi électrisé sur ses glandes buccales.

Quand il s'agit de courants continus, l'action est plus complexe. Ainsi, envoie-t-on un courant dans une cuve de verre contenant une solution saturée de carbonate de lithine et des cristaux d'oxalate de chaux entourés d'une membrane parcheminée, on voit la membrane se vider de son contenu, comme le ferait un organisme de tophus goutteux, et la solution lithinée extérieure, d'incolore et limpide, se troubler avec du carbonate de chaux en suspension.

Si au sein d'une masse graisseuse on injecte une solution iodo-potassique et que des aiguilles y amènent les deux pôles d'un courant, on entend le tout grésiller, les enveloppes conductrices de la graisse se détruisent et l'on a bientôt des grumeaux provenant de la destruction des supports adipeux, ainsi que cela se passe chez les fibromateuses ; mais, dans l'organisme vivant, l'action se prolonge après la cessation du passage du courant principal, à cause des courants de polarisation agissant ensuite en sens contraire, comme feraient des accumulateurs. Des électrodes solubles (cuivre, zinc...) plongées au sein des tissus, agissent de même, provoquant des actions de transport et des actions chimiques ; ces dernières procèdent doublement, électrolysant à la fois le tissu morbide et l'agent thérapeutique, d'où le nom de *bi-électrolyse*, donné par son auteur à cette méthode (Foveau de Courmelles). En hygiène, les hypochlorites ou l'eau salée en présence de matières organiques et de courants continus ont donné d'excellents résultats pour la désinfection des villes, comme pour le blanchiment des substances. Les transports de matière sous l'action électrolytique s'effectuent dans les gaz, dans les liquides et dans les solides. M. Roberts-Austen les a démontrés dans l'électrolyse du verre : on remplit de mercure ou d'acide sulfurique une éprouvette de verre que l'on place dans un bain de même nature, on porte le tout pour rendre les molécules plus mobiles à une température de 100 ou 200 degrés, bien inférieure au point de fusion du verre. Le courant électrique traverse sans peine les parois de l'éprouvette, jusqu'à ce que, du côté positif, il se soit formé un dépôt de silice qui est isolant sous une certaine épaisseur. Si on remplace le mercure par un amalgame alcalin, l'expérience se prolonge indéfiniment, la surface du verre se dépolarise alors et n'est plus isolante. L'œuf électrique ou la décharge jaillit entre les deux conducteurs peut donner, s'ils sont de nature différente, des transports manifestes. Le charbon et le cuivre se portent l'un sur l'autre, et bientôt sur le cuivre on trouve des cristaux octaédriques de diamant, reconnaissables par leur action d'usure d'autres cristaux de diamant. Si le vide est poussé plus loin, et nous l'avons exposé, les gaz pénètrent dans les parois du verre et augmentent la résistance du tube à vide par l'augmentation de raréfaction. Il semble que le pôle négatif soit plus puissant dans ce rôle mécanique, puisque d'une cathode en aluminium par exemple, des particules de ce métal sont transportées sur la paroi située en face. Les agents thérapeutiques placés sur la peau acquièrent un certain degré de pénétration dont nous poursuivons l'étude corollaire de nos précédents travaux sur ce terrain.

M. le Dr Kohos a étudié l'*accumulation de la nicotine dans l'organisme*. La nicotine s'accumule un peu partout dans l'organisme, d'une manière lente et persistante. Parmi les organes étudiés, le foie est plus dur et plus petit, avec poids absolu moindre.

M. le Dr Combemale (de Lille) lit une communication sur les *indications et les contre-indications du traitement de l'alcoolisme chronique par la strychnine*. Ce médicament a une action de plus en plus certaine sur les manifestations habituelles ; il dégoûte de l'alcool et prévient les accès. Mais cet agent si puissant s'élimine lentement par les urines, la salive et la bile, et il faut des organes intacts pour éviter une accumulation rapide et dangereuse. En résumé, on obtient de bons résultats dans l'alcoolisme chronique, par des injections de 2 à 5 milligrammes par jour pendant quinze jours ; mais il y a comme contre-indications : la dégénérescence des centres nerveux, ou des organes essentiels, et l'imperméabilité du foie et des reins.

M. le Dr Beluze parle du *rachitisme à Paris*, et dépose les conclusions suivantes : 1° le rachitisme est très fréquent chez les enfants de la classe ouvrière. On observe 33,75 0/0 des cas observés, de 0 à 3 ans; 2°, chez les enfants élevés au sein = 28,59 0/0; et au biberon = 45,36 0/0; 3° le rachitisme est rare dans les 6 premiers mois qui suivent la naissance : 6,59 0/0; de 6 mois à 1 an = 33,33 0/0; de 1 an à 18 mois = 58,23 0/0; 4°, l'époque la plus fréquente du début des lésions rachitiques est celle du sevrage, et il est nécessaire de surveiller spécialement cette période de la vie enfantine, tant au point de vue de l'alimentation, qu'au point de vue de la marche et de l'hygiène générale.

A noter de M. Decaux, médecin aide-major, un instrument très simple pour *mesurer l'amétropie par méthode subjective*. Il s'agit de l'optomètre de Scheiner-Parent, perfectionné par une graduation particulière, qui permet d'orienter le verre cylindrique, correcteur de l'astigmatisme, d'après la méthode du Dr Martin, c'est-à-dire en déterminant l'angle que fait le méridien le plus réfringent avec le diamètre vertical de chacun des deux yeux. L'instrument du Dr Decaux permet de déterminer la nature de l'astigmatisme (simple, composé ou mixte, myopique ou hypermétropique), le degré de cette amétropie, et enfin la situation des deux méridiens par rapport à la verticale (ce qui sert à orienter l'axe du cylindre correcteur, parallèlement au méridien le moins réfringent.

Communication de MM. Moutier et Granier, sur l'*influence de la franklinisation sur la voix des chanteurs*. — Lorsqu'on y soumet les chanteurs atteints ni de lésion de l'appareil local, ni d'affection générale, en les faisant asseoir sur un tabouret isolant, relié au pôle négatif d'une machine statique à grand débit, et en leur faisant respirer les effluves que l'on dégage au niveau de leur visage à l'aide d'un balai de chiendent, il y a souvent, dès la première séance, des modifi-

(1) *Essai sur l'électricité des corps*, par l'abbé Nollet, 1753, 3e édit. Post scriptum, p. 217 et suivantes.

(2) Baudin.— *Effet de la foudre* (*Annales d'hygiène*, 1853). — Dr Foveau de Courmelles. — *Electricité curative*, Paris, 1895.

cations favorables au point de vue de l'intensité, de la hauteur et du timbre de la voix. Comme conclusion: la franklinisation facilite l'étude du chant aux élèves et aux débutants; elle donne à la voix des artistes une beauté inusitée. La durée est de 10 à 30 minutes suivant les cas, 2 à 3 fois par semaine.

M. Edmond Goblot, dans une communication sur *la vision droite*, a exposé — dans la section de physique, attendu qu'il n'y a pas de section de psychologie — une nouvelle discussion de ce problème : « Pourquoi voyons-nous les objets droits, tandis qu'ils se peignent renversés sur la rétine? » Le *redressement* des images a été expliqué par deux sortes de théories : les unes cherchent ce redressement dans le mécanisme optique ou physiologique de la vision, et le placent *avant* la perception, en sorte que les objets sont vus droits; telles sont la théorie de la projection, exposée dans presque tous les traités de physiologie, dans les manuels favoris des élèves et des étudiants, et la théorie des mouvements de l'œil, dite théorie de Lamé. Les autres supposent que la perception, d'abord renversée, est ensuite corrigée par une éducation du sens visuel. Telle est la théorie de Lecat. Beaucoup d'autres réunissent les deux explications, ce qui est inadmissible, car si l'image renversée est redressée deux fois, elle toujours renversée. Après avoir montré les obscurités et même les impossibilités des premières théories, M. Goblot leur oppose une expérience de M. G. Shatton (Berkeley, Californie) : le sujet s'astreignit à porter pendant quarante-cinq heures un appareil optique qui redressait l'image rétinienne; peu à peu le caractère anormal et illusoire des perceptions ainsi obtenues s'atténua et disparut, d'où l'on peut conclure que le renversement des images n'est pas nécessaire à la vision droite.

A la seconde théorie M. Goblot a objecté les observations d'aveugles-nés. Il fait ensuite remarquer que l'éducation d'un sens ne peut pas modifier les données de ce sens; par l'éducation d'un sens, nous pouvons interpréter avec plus ou moins de sagacité ce qui est donné, nous ne pouvons jamais percevoir le contraire de ce qui est donné. La véritable solution est qu'il n'y a pas, qu'il ne peut pas y avoir redressement de l'image, parce que notre *perception* n'est pas renversée. C'est l'*image* rétinienne qui est renversée, c'est-à-dire en sens inverse de l'objet. Mais si nous prenons la perception visuelle toute entière et toute seule, nous ne pouvons en aucun sens dire qu'elle est ou droite ou renversée. L'éducation du sens de la vue établit un accord des perceptions visuelles et des perceptions tactiles, qui sont complètement hétérogènes, même en ce qui concerne les figures et les situations, ainsi que le montrent les expériences sur les aveugles-nés opérés de la cataracte. Mais, pour que cet accord s'établisse, l'orientation de l'image rétinienne est indifférente, puisque nous ne connaissons primitivement ni notre rétine, ni les images qui s'y forment.

Paul Cornet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 avril 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Tarsectomie pour pied bot.

M. Kirmisson. — Les chirurgiens doivent devenir de plus en plus conservateurs. Chez la malade présentée par M. Jalaguier, on aurait dû essayer l'incision de Phelps et la tarsectomie médiotarsienne. Parfois il a ajouté une résection osseuse, mais c'est l'exception. Voilà longtemps qu'il défend l'opération de Phelps, et il profite de l'occasion pour vanter à nouveau l'excellence de cette intervention.

M. Nélaton doute que la section des parties molles puisse suffire. M. Kirmisson n'est-il pas forcé de recourir à un traitement durant des années, et obtient-il au bout de ce temps, un aussi bon résultat?

M. Kirmisson a eu de bons résultats; mais, dans les cas auxquels fait allusion M. Nélaton, pour abréger la durée du traitement, il serait disposé à faire une brève résection osseuse sur le bord externe du pied.

Angiocholite.

M. Michaux cite deux cas : 1° femme de 28 ans, n'ayant jamais eu de symptômes de colique hépatique, prise subitement d'élévation de température, de vomissements, de frissons, avec augmentation du foie. Accouchement en fin d'octobre 1895. En janvier 1896, poussées successives du côté du sein sans suppuration. Consécutivement le 14 janvier commencent les accidents très graves pour lesquels on me demande. Je pense à des accidents du côté de la vésicule, mais je demande un supplément d'inspection. On trouve une lithiase biliaire très nette. J'intervins le 1er mars 1896. On trouvait alors une tuméfaction médiane ressemblant à une suppuration hépatique, et une au niveau de la vésicule. Laparotomie latérale et cholécystostomie; pus. On constate de petits abcès hépatiques. Puis sur la ligne médiane je tombai par une nouvelle incision, à travers une mince couche du foie, sur un kyste hydatique suppuré. Le pus a été recueilli dans des pipettes stérilisées. Quatre ou cinq jours après la malade était hors de danger. Peu d'écoulement biliaire par la vésicule, mais au contraire très abondant par l'incison médiane. Au bout de trois semaines, le rétablissement était complet; neuf mois après elle était parfaitement et depuis est restée guérie. L'examen des liquides a montré que le pus de la vésicule et des petits abcès était seul virulent et contenait des pneumocoques. Celui du kyste hydatique était aseptique. Il y avait donc infection pneumococcique totale des voies biliaires. Ne serait-il pas permis d'incriminer comme point de départ, l'infection locale survenue deux mois avant au niveau du sein ? — Le 2e cas est à peu près analogue.

Cholécystite suppurée calculeuse.

M. Gérard Marchant a soigné une femme de 58 ans, présentant le tableau clinique d'une péritonite aiguë. Laparotomie médiane. Rien du côté de l'appendice. Adhérence au niveau de la vésicule biliaire. Il trouva une vésicule très distendue. Ponction de cette vésicule qui donna du pus en abondance, avec des coli-bacilles. En place du trocart une pince, puis lavage avec gaze iodoformée. Le lendemain, incision de la vésicule. Ce n'est que le surlendemain qu'on fit l'ouverture large de la vésicule; il s'écoula de la bile et du pus, et sortie d'un calcul gros comme une noisette. Pendant quinze jours, lutte contre l'infection dont était atteinte la malade, mais sans qu'il y eût de péritonite, sans qu'il y ait eu l'ombre d'une complication, la malade succomba. Elle avait conservé de la température et de l'albumine, dont l'autopsie démontra la cause dans la présence de gros reins blancs.

M. Reynier fait un rapport sur un travail de M. Boisseau du Rocher intitulé : *Traitement des affections de l'utérus et des annexes par l'oxychlorure d'argent mis en liberté par l'électrolyse.*

M. Broca fait un rapport sur une observation envoyée par M. Delanglade : *Macrostomie prolongée bilatérale.* M. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du Jeudi 8 avril 1897.

M. Richelot, à propos de la discussion de la dernière séance sur les difficultés de différencier certaines appendicites des annexites et réciproquement, rapporte six observations dans lesquelles l'erreur de diagnostic était bien difficile à éviter. Actuellement, connaissant mieux la symptomatologie de l'appendicite, il se tromperait moins facilement, mais il croit qu'il est bon d'avoir présentes à l'esprit les difficultés de diagnostic différentiel lorsqu'il y a tuméfaction et douleur à droite.

M. Doléris. — L'appendicite est une affection du flanc, la salpingite une affection pelvienne. L'erreur est exceptionnelle, puisque M. Richelot, dans sa longue pratique, ne l'a commise que six fois.

M. Grimodue. — *Hydrorrhée déciduale chez une femme atteinte d'insuffisance et de rétrécissement de l'orifice mitral.* — Chez cette femme asystolique au cours de sa grossesse qui se termina par un avortement à six mois, il se produisit, un mois avant l'expulsion du fœtus, et à plusieurs reprises, un écoulement d'une certaine quantité de liquide un peu teinté empesant légèrement le linge, et survenant brusquement, sans cause appréciable. L'auteur attribue cette hydrorrhée à une

localisation éventuelle de l'hydropisie d'origine cardiaque.

MM. Bar et Porak ne croient pas que l'hydrorrhée déciduale soit une manifestation de l'hydropisie, mais bien le résultat d'une lésion réelle de la caduque. Une discussion s'engage entre les deux derniers orateurs sur l'origine du liquide amniotique. M. Bar affirme que l'hydramnios est toujours d'origine fœtale et ne peut, par conséquent, pas entrer dans les hydropisies d'origine asystolique maternelle. M. Porak pense que le liquide amniotique est en partie d'origine maternelle. Il avoue, d'ailleurs, que l'hydramnios n'a pas été ordinairement observée dans l'asystolie.

MM. Doléris et Lenoble. — *Fistule recto-vaginale par rupture du sinus rétro-périnéal.* — Il s'agit d'une femme de 22 ans, présentant des signes de chloro-tuberculose, qui, au cours d'un accouchement terminé par le forceps, eut une fistule recto-vaginale guérie chirurgicalement.

Il s'agissait là d'une fistule due à la compression de la tête fœtale en arrière de la vulve contractée spasmodiquement et représentant la première trace d'une rupture très spéciale, différant des ruptures centrales du périnée par le fait que celui-ci est resté intact.

M. Bar pense que chez cette femme le vaginisme devait s'accompagner d'une inflammation de la tunique vaginale. La perforation serait due à l'adhérence de la paroi rectale à la paroi vaginale.

M. Doléris, en faisant la colporrhaphie, a pu s'assurer qu'il n'y avait pas d'inflammation de la paroi vaginale. Il faut se contenter de l'interprétation qu'il a donnée : Occlusion très énergique par contracture de l'orifice vulvaire.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

CINQUIÈME SESSION (1897).

Séance du Jeudi 22 avril 1897.

M. Pruvost (de Raismes). — *Relation d'un cas d'utérus double. Cinq grossesses.* — L'observation que va lire M. Pruvost a servi de base à la thèse de son frère. Il s'agit d'un cas d'utérus double, constaté chez une femme dès sa première grossesse, qui eut lieu à 23 ans. Par le toucher, on trouva alors un double orifice du col. Deuxième grossesse, deuxième accouchement spontané au huitième mois, la délivrance suit le fœtus. Mais, le soir, des contractions douloureuses surviennent dans l'utérus non gravide qui expulse des lambeaux de caduque. Dans les grossesses ultérieures, chaque utérus devenait gravide à son tour, tandis que l'utérus non gravide expulsait plus ou moins de temps après l'accouchement des débris de caduque. En dehors de la gravidité, la menstruation se faisait régulièrement, à cela près qu'elle apparaissait d'abord pendant trois jours, survenait alors un jour d'arrêt, puis de nouveau trois jours de règles.

M. Patay (de Rennes) rappelle qu'il a publié dans un journal de médecine de l'Ouest une observation d'utérus et de vagin doubles. Cette femme accoucha normalement. Elle fut examinée quelques jours après son accouchement, une seconde fois, et on constata l'existence de deux utérus et de deux vagins, très nettement. A l'hystéromètre, l'utérus droit mesurait 12 centimètres ; l'utérus gauche, 8 centimètres. Ils étaient séparés par une cloison complète, très épaisse, plus épaisse que la cloison vaginale.

M. Pruvost (de Raismes). — *Un cas de Symphyséotomie.* — L'auteur a eu l'occasion de pratiquer une symphyséotomie sur une femme rachitique, dont le diamètre promonto-pubien mesurait 9 centimètres. Une tentative de forceps était restée infructueuse. Enfant vivant. Suites de couches normales. Le vingt-cinquième jour, la malade marche. Dans un accouchement antérieur, on avait dû recourir au forceps : enfant mort. Une troisième grossesse survint qui se termina par l'expulsion prématurée, au septième mois, de deux jumeaux, deux garçons petits, mais bien portant. M. Pruvost estime que la grossesse gémellaire a été dans ce cas, une circonstance favorable, puisqu'elle a amené un accouchement prématuré, évitant ainsi une intervention préalable.

M. Budin (de Paris). — Il serait intéressant de connaître non seulement les dimensions du bassin, mais aussi, les diamètres de la tête fœtale, ce qui permettrait de tirer des conclusions de cette observation. Il faudrait aussi savoir quelle était la forme du bassin, ce qui a une grosse importance. Que ferait M. Pruvost si une quatrième grossesse survenait chez cette femme ?

M. Gueniot. — Neuf centimètres de diamètre promonto-pubien, c'est approximativement le diamètre d'une tête de fœtus à terme. Mais ce serait peut-être un peu juste. Le cas de M. Pruvost me paraît être un cas type d'indication de l'accouchement prématuré provoqué à huit mois et demi.

M. Stieber (de Toulouse). — *Accouchement prématuré provoqué dans un cas de rétrécissement du bassin.* — M. Demelin, au nom de M. Stieber, lit l'observation d'une femme qui avait marché normalement à 10 mois et fut atteinte brusquement de paralysie infantile : taille, 1 m. 36, membre inférieur droit très atrophié, demi-fléchi, en adduction avec pied bot varus équin, impotence fonctionnelle complète. Scoliose dorsale gauche se prolongeant dans la région lombaire qui présente une forte ensellure, sacrum déjeté à droite. Le bassin est en antéversion, la vulve regarde directement en arrière. La symphyse déviée à droite donne au bassin un aspect oblique-ovalaire. Diamètre promonto-pubien minimum : 7 cent. 5. On provoque l'accouchement prématuré. On dut inciser les parties maternelles latéralement pour dégager la tête. L'enfant, du poids de 1.860 grammes, naquit en état de mort apparente et put être ranimé, mais il succomba bientôt.

M. Maygrier (de Paris) demande quelles étaient les dimensions du bassin. Il fait remarquer qu'étant donné les déformations multiples du bassin chez la malade de M. Stieber, on aurait peut-être dû songer à l'opération césarienne qui eût probablement donné un meilleur résultat.

M. Lop (de Marseille). — *Présentation du siège. Syndrome péritonéal. Version céphalique. Guérison.* — Xpare de 38 ans, auprès de laquelle je suis appelé le 6 mars dernier, à 8 heures du soir. Cette femme peut à peine répondre à mes questions tant son état de faiblesse est grand. Son entourage m'apprend que depuis quinze jours elle ne cesse de vomir quelle que soit la nature des aliments absorbés et leur quantité. Tout au début, les vomissements étaient alimentaires ; depuis huit jours environ, ils sont devenus bilieux et suivis de hoquets persistants. En plus de cet état gastrique intense, la malade accuse une vive douleur dans l'hypocondre et peut supporter à peine le contact de la chemise.

Etat actuel. — Visage amaigri, traits tirés, yeux excavés, en un mot le facies péritonéal. La langue est rouge, sèche comme du bois, les papilles sont saillants, soif intense, voix cassée, constipation opiniâtre. La palpation de l'abdomen est des plus pénibles à cause des douleurs intenses qu'elle provoque. J'arrive, néanmoins, à porter le diagnostic de présentation du siège (dos en avant). La tête répond à l'hypocondre droit. A son niveau, existe une zone plus douloureuse qu'en aucun autre point de l'abdomen. En insistant tant soit peu pour trouver la limite exacte de la tête, je provoque des vomissements ; le point où repose la partie pelvienne du fœtus est à peine douloureux.

Le toucher confirme le diagnostic de S. I. D. A. Enfant vivant, la grossesse est à son huitième mois. Les urines sont rares, hautes en couleur, non albumineuses. Apyrexie, — plutôt de l'hypothermie, 35°,6. — Pouls petit, fréquent, 140. L'examen du cœur et du poumon est absolument négatif. En présence d'un état aussi grave, j'établis un traitement d'attente qui consiste en eau chloroformée saturée, champagne glacé et lait également glacé. Sous l'influence de ce traitement, les vomissements s'arrêtent ou, pour mieux dire, s'espacent. Les douleurs sont un peu moins vives sauf toujours au point où correspond la tête. Le 7 mars se passe relativement plus calme ; une piqûre de morphine a amené une sédation plus marquée dans les douleurs. Quantité des urines : 500 gr. Toujours pas d'albumine. Le 8 et le 9, état stationnaire ; les vomissements sont plus rares, mais les douleurs persistent toujours ; la langue est moins rouge, mais toujours sèche ; 37° matin et soir. Dans la nuit du 9 au 10, les douleurs et les vomissements reprennent avec une intensité nouvelle et le lendemain, en arrivant, je trouve la malade dans le même état que le premier jour. Devant la gravité d'une pareille situation, je propose à la

famille la provocation de l'accouchement qui est acceptée. Je pensais que c'était là le seul moyen de mettre un terme à cet état si menaçant.

Pendant que j'envoyais chercher chez le pharmacien les substances nécessaires à l'antiseptie qui doit précéder toute intervention obstétricale, je résolus de tenter la version céphalique pour ramener la tête en bas, pensant que si ma tentative était couronnée de succès, je faciliterais sensiblement l'accouchement et diminuerais d'autant la perte des forces de la malade par un travail plus prompt. Je me mis alors à l'œuvre. Les parois abdominales étant assez souples et la malade plongée dans une demi-torpeur qu'expliquait la gravité de son état, j'arrivai assez facilement, après deux tentatives, à amener la tête au-dessus du détroit supérieur. Je me hâtai alors de la fixer à l'aide d'une nappe et de deux serviettes roulées, n'ayant pas d'autres moyens à ma disposition. Puis je fis la toilette du vagin et mis une gaze iodoformée à demeure. Mon intention était de revenir le soir à cinq heures pour provoquer le travail. Effectivement j'arrivai à l'heure promise, mais quel ne fut pas mon étonnement de trouver ma malade complètement transformée ; depuis midi les vomissements avaient disparu comme par enchantement. Le point de l'hypocondre droit où reposait jadis la tête n'était plus aussi sensible et la palpation en était des plus faciles. Par le toucher je pus m'assurer de la présence de la tête au détroit supérieur.

En présence de cette amélioration subite, je résolus de surseoir à mon intervention. A partir du 10 au soir jusqu'au 6 de ce mois d'avril, jour de l'accouchement qui s'est fait par le sommet, l'état est allé en s'améliorant chaque soir, à tel point que le 15 la malade mangeait un potage et une côtelette,

L'explication de ce syndrome péritonéal est assez malaisée à donner; il ne me déplairait cependant pas de l'interpréter de la façon suivante : la présence de la tête au niveau de l'hypocondre droit, siège de maximum des phénomènes douloureux, suffit à notre avis pour expliquer les symptômes péritonéaux; la rapidité avec laquelle la version céphalique les a fait disparaître en est une preuve des plus évidentes. Au point correspondant au pôle céphalique fœtal, l'utérus, probablement aminci, modifié dans sa structure par des grossesses aussi nombreuses que suivies, était devenu plus irritable sous l'influence des mouvements du fœtus. Cette irritation de l'organe se serait transmise, soit par voie réflexe, soit par propagation au péritoine viscéral et expliquerait ainsi l'apparition de ce syndrome péritonéal cédant, comme par enchantement, à la version avec fixation du fœtus.

M. Grynfelt (de Montpellier) se demande si on peut bie donner aux symptômes constatés par M. Lop, le nom de syndrome péritonéal. Il ne le croit pas. En tout cas, pour lui, en face d'une femme atteinte d'une violente inflammation péritonéale, il ne se risquerait pas à tenter une version par manœuvres externes dont le résultat peut n'être pas très favorable.

M. Crouzat (de Toulouse). — *Mort rapide après l'accouchement, par suite d'une méningite infectieuse à pneumocoques.* — Femme XIIpare, accouche le 7 mars dernier, très normalement, d'un enfant de 2.990 grammes. Délivrance normale, rien de particulier dans l'état de l'accouchée, urines normales au début du travail. On ne relève dans ses antécédents qu'une pleurésie qu'elle a eue il y a dix ans. Le surlendemain de son accouchement, cette femme se plaint de souffrir de la tête et, dans l'après-midi, brusquement, sans cri initial, sans attaques violentes, après quelques mouvements convulsifs peu étendus, elle tombe dans un coma absolu. Vomissements abondants. L'urine contient alors un peu d'albumine. Les circonstances et la marche de cet accident font songer à une méningite tuberculeuse ou à une hémorragie méningée. Mort après 24 heures. A l'autopsie, le cerveau seul présente des particularités intéressantes : on trouve une congestion intense des vaisseaux de la dure-mère, puis, au-dessous, des traînées de pus le long des vaisseaux qui rampent au long des circonvolutions cérébrales, au-dessous de la pie-mère. Le pus recueilli en pipettes, contenait des diplocoques lancéolés entourés d'une capsule. Ce pus ensemencé a donné des cultures pures de pneumocoques.

M. Keiffer (de Bruxelles). — Il faut se rappeler que toute affection inflammatoire ancienne ou récente peut trouver, au moment de l'accouchement, un retour à l'état aigu. A ce moment peuvent se produire des phénomènes analogues à ceux que l'on voit survenir parfois au moment de la menstruation. Dans l'observation de M. Crouzat, il s'agissait probablement d'une affection ancienne réveillée par l'accouchement.

M. Demelin (de Paris) a rapporté, l'an dernier, le cas d'une femme en parfaite santé qui mourut subitement douze heures après son accouchement. A l'autopsie, on découvrit une pleurésie diaphragmatique tuberculeuse qui avait passé inaperçue. Ce fait viendrait à l'appui de ce que vient de dire M. Keiffer.

L. M.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur l'arsenicisme ; par le Dr Georges Brouardel, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1897.

Ce très intéressant travail ne constitue qu'une première partie de recherches entreprises sur l'arsenic; l'auteur y étudie les effets de ce toxique sur l'organisme sain, basant son étude, d'une part, sur les observations que contient la littérature médicale et quelques observations personnelles, d'autre part sur une expérimentation qui a porté jusqu'ici sur un grand nombre de lapins et cobayes (150 animaux). Il n'existait sur cette question, que des travaux forcément incomplets ou vieillis : d'une part en effet, des recherches étiologiques plus approfondies permettent actuellement aux auteurs de rapporter plus sûrement à certaines intoxications des manifestations portant sur un appareil de l'organisme, parfois fort éloignées à l'époque de pénétration du toxique ; d'autre part, l'expérimentation n'a pas été conduite jusqu'ici avec les méthodes employées aujourd'hui dans les laboratoires pour les toxines microbiennes, par exemple, et par suite n'a donné que des résultats approximatifs ou douteux. Ce sont ces deux lacunes que M. Georges Brouardel s'est efforcé de combler; il a divisé son travail en deux parties.

Etude de l'Arsenicisme chez l'Homme. — L'auteur a analysé toutes les observations que contient la littérature médicale, observations qui ne portent généralement chacune que sur un seul symptôme ; il en donne la bibliographie à propos de l'historique de chaque signe ; ainsi par exemple, à propos des troubles du système nerveux, il a disposé en tableaux les résumés de toutes les observations de paralysie arsénicale. C'est avec ces documents qu'il a fait la série d'études suivantes :

Etiologie et pathologie. — M. Georges Brouardel étudie successivement le toxique, l'intoxiqué et l'intoxication ; l'organisme humain réagit différemment, en présence de l'arsenic, lui opposant une susceptibilité variable surtout pour les intoxications chroniques ; les causes de ces variations sont très intéressantes à étudier : outre la dose, en effet, il faut considérer comme facteur le mode de pénétration du poison — par la peau, — le tube digestif (estomac ou rectum — une ou plusieurs doses absorbées — état de vacuité ou de plénitude de l'estomac) — le poumon. Dans les cas où toutes les conditions de dose et de pénétration sont les mêmes, interviennent encore : l'espèce, l'âge, l'état de perméabilité des émonctoires, la susceptibilité de l'individu et la susceptibilité particulière des organes (hérédité organique). L'auteur étudie ensuite l'intoxication, ses causes crimes, suicide, accident proprement dit, par erreur, professionel, thérapeutique), et les modes de pénétration du poison.

Symptomatologie. — Les troubles des divers appareils sont étudiés séparément ; chaque chapitre comprend, outre la symptomatologie, une étude historique, une étude étiologique et pathologique et enfin l'évolution.

1° *Troubles digestifs.* — Ils succèdent à l'absorption d'une ou de plusieurs doses d'arsenic ; dans le premier cas ils ouvrent généralement la scène morbide et consistent surtout en vomissements et constipation ; dans le second cas, ils appartiennent à toutes les périodes de l'intoxication et on observe le plus souvent de la diarrhée que l'auteur met sur le compte de l'élimination ; ces troubles peuvent succéder aussi à des complications externes du toxique.

2° *Troubles de l'appareil cutané.* — Ce chapitre contient

d'abord une étude historique, puis une étude étiologique et pathogénique très complètes ; les divers troubles cutanés sont ensuite étudiés séparément au point de vue symptomatique : erythème, papules, urticaire, purpura, vésicules, herpès, zona, pustules et ulcérations, mélanose, kératose, œdème, sueurs, modifications des poils et des ongles ; l'auteur discute la théorie du cancer arsenical d'Hutchinson et dans un chapitre d'évolution, admet les divisions suivantes : A. Troubles locaux de cause externe ; B. Troubles causés par l'intoxication interne, dose unique ; C. Troubles causés par l'intoxication interne, doses répétées ; à chacun de ces groupes correspondent le plus souvent certaines manifestations cutanées.

3° *Troubles des muqueuses.* — Ce chapitre comprend les troubles qui atteignent la conjonctive (conjonctivite), la muqueuse nasale (coryza, épistaxis, ulcérations), et la muqueuse buccale (gingivite, ulcérations).

4° *Troubles des organes des sens.* — Ces troubles sont très rares : l'auteur a trouvé notés dans quelques observations l'amaurose, la dilatation des pupilles, les viciations du goût, de l'odorat, la surdité passagère.

5° *Troubles de la température et de la circulation.* — Nous trouvons ici la fièvre arsenicale qu'on observe à toutes les périodes de l'intoxication, mais surtout dans le cours des empoisonnements chroniques ; l'hypothermie appartient au contraire aux empoisonnements aigus.

6° *Troubles génitaux. Anaphrodisie. Menstruation.*— L'anaphrodisie est rare ; signalée pour la première fois par Rayer et Charcot, il en existe quelques cas ; l'auteur a trouvé signalés exceptionnellement des troubles de la menstruation.

7° *Troubles de l'appareil respiratoire.* — L'arsenic s'élimine très rapidement par les poumons et y produit des désordres se manifestant symptomatiquement avec une intensité variable ; ces symptômes sont fréquents.

8° *Les reins, le foie* sont fréquemment lésés ; on peut observer l'anurie passagère ou durable, l'albuminurie, etc. L'intoxiqué succombe le plus souvent aux lésions rénales, quelquefois l'intoxication revêt les allures de l'ictère grave.

9° *Troubles du système nerveux.* — M. Georges Brouardel fait d'abord un historique complet des recherches faites jusqu'ici ; il étudie ensuite les paralysies suivant leurs causes (crime, suicide, accident, erreur, profession, thérapeutique —) et suivant les modes de pénétration du toxique ; ces accidents succèdent en effet à la pénétration par la voie cutanée ou la voie digestive, et dans ce dernier cas, il peut y avoir eu absorption d'une dose unique ou de doses répétées ; lorsque le malade n'a absorbé qu'une dose, on peut admettre qu'il soit fait dans l'organisme un emmagasinement de poison qui se répand journellement dans l'organisme. Contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, l'auteur croit pouvoir conclure de l'examen de tous les cas connus, en tenant compte de la moins grande fréquence relative des empoisonnements chroniques, que les paralysies appartiennent surtout aux intoxications par doses répétées.

Les troubles nerveux consistent donc d'abord en troubles de la sensibilité (douleurs, troubles de la sensibilité générale) qui précèdent généralement les troubles moteurs et se limitent aux parties qui seront atteintes par ceux-ci ; la paralysie s'installe ensuite peu à peu ou plus rarement succède à un ictus ; quel que soit son mode de début elle obéit généralement aux deux lois suivantes : début par les extrémités, surtout inférieures, et symétrie ; il y a quelques exceptions. Sur 70 cas environ analysés par l'auteur, les membres inférieurs seuls sont touchés 35 fois ; les quatre membres sont atteints 31 fois ; enfin il y a quatre cas de paralysie généralisée et trois de paralysie localisée à un membre.

La paralysie porte sur les extenseurs, avec une prédilection pour certains muscles tels que l'extenseur commun des orteils aux jambes, la partie inférieure du vaste interne et du vaste externe aux cuisses et l'extenseur commun des doigts aux avant-bras ; le mode de pénétration du poison ne semble pas influer sur la localisation des troubles. A l'examen électrique, on trouve la diminution ou l'abolition de la contractibilité faradique, la diminution légère ou la conservation de la contractilité galvanique ; l'inversion des formules existe surtout dans l'extenseur commun des orteils, l'extenseur propre du gros orteil et le vaste interne ; les réflexes sont abolis et réapparaissent lorsque se produit l'amélioration ; il existe enfin des troubles trophiques, une atrophie musculaire souvent considérable. On verra émises au chapitre général d'anatomie pathologique l'opinion des divers auteurs sur la nature de ces paralysies.

L'auteur étudie ensuite l'évolution des paralysies, elles sont d'un pronostic bénin au point de vue de l'existence ; les malades qui meurent, succombent généralement à des lésions rénales, et les troubles nerveux sont plutôt un symptôme du passage de l'intoxication à la chronicité ; mais quelquefois cependant elles laissent après elles une infirmité persistante.

Enfin l'auteur a disposé en tableaux les résumés des observations de troubles nerveux publiés jusqu'ici.

La première partie du travail se termine par l'étude de l'*évolution générale, l'anatomie pathologique* (lésions de chaque appareil) les *localisations chimiques* du poison et quelques *observations* dont deux paralysies.

II. L'ARSENICISME EXPÉRIMENTAL. — *A. Intoxications provoquées par la pénétration d'une dose unique.* — La dose mortelle minima est ici sensiblement la même pour une même espèce animale étant donné le même mode de pénétration et la dose étant calculée pour 100 grammes d'animal. La toxicité varie :

1° Suivant le mode de pénétration. Pour des cobayes, la dose mortelle minima est de 1 mmg., 3 pour 100 grammes d'animal (acide arsénieux), en injection sous-cutanée, de 1 mmg., 6 pour 100 en injection intra-péritonéale ; de 1 mmg., 1 pour 100 en injection intra pulmonaire et de 2 à 3 mmg. pour 100 en introduction dans le tube digestif (par sondage) ; dans ce dernier cas, la mort survient plus rapidement lorsque l'animal est à jeun au moment de l'absorption que lorsqu'il a mangé. Pour lapins, la dose mortelle minima est de 1 mmg. pour 100 en injection sous-cutanée, de 0 mmg., 7 pour 100 en injection intra-veineuse, de 2 à 3 mmg. pour 100 dans les introductions par le tube digestif ; la mort survient plus rapidement lorsque l'animal est à jeun.

2° Suivant l'espèce.

3° Suivant l'âge ; les jeunes animaux sont beaucoup plus sensibles au toxique, la dose étant, bien entendu, calculée également pour 100 grammes d'animal.

Le coefficient individuel de toxicité est peu important sauf pour la pénétration par le tube digestif.

Les principaux symptômes observés ont été l'abaissement de la température, l'augmentation des battements cardiaques et une dyspnée intense, diminuant quelque temps avant la mort.

Chez des animaux qui reçurent des doses inférieures à la dose mortelle et qui survécurent, on observa des diminutions de poids en rapport dans leur intensité et leur durée avec la dose absorbée et le mode de pénétration. L'auteur étudie ensuite les lésions trouvées à l'autopsie et les localisations du poison.

B. *Intoxications provoquées par la pénétration de doses répétées.* — Ici, le coefficient de toxicité personnel joue un rôle prépondérant et les variations de la toxicité sont nombreuses ; on peut dire cependant d'une façon générale qu'elles sont dues en outre au mode de pénétration et à l'espèce (les lapins sont beaucoup plus sensibles à l'arsenic que les cobayes). Pour étudier les modes d'intoxication et chercher l'accoutumance, l'auteur à fait absorber le poison à de nombreuses séries d'animaux, soit en injection sous-cutanée, soit par l'estomac, à l'aide du sondage ; il répétait l'introduction de doses moyennes (0 mmg., 7 pour 100 pour les cobayes et 0 mmg., 5 pour 100 pour les lapins), tous les jours, et tous les 1, 3, 4, 6, 8 jours ; à d'autres animaux encore, il a donné le poison à doses croissantes, soit régulièrement, soit en répétant plusieurs fois les mêmes doses. Enfin, à des animaux qui semblaient bien supporter un des modes précédents, il a donné des doses égales ou supérieures à la dose minima mortelle en une fois. L'accoutumance n'a semblé exister (et encore était-elle très faible) que pour des cobayes qui avaient reçu le poison dans l'estomac par doses répétées tous les 3 ou 6 jours. L'auteur réserve d'ailleurs cette question qu'il compte reprendre de nouveau. Les principaux symptômes observés ont été : *a*) les *paralysies.*

M. Georges Brouardel mentionne tout d'abord celles que d'autres auteurs ont pu produire expérimentalement; lui même en a observé 7 cas, chiffre très faible étant donné le grand nombre d'animaux mis en expérience, succédant presque tous à des injections sous-cutanées de doses moyennes répétées tous les deux jours. Les cobayes ont été pris après la quatrième injection et les lapins après la septième; la paralysie a été plus ou moins généralisée; l'examen microscopique n'a donné que des résultats négatifs, probablement à cause de la courte durée de la paralysie. *b*) Des *troubles trophiques* tels qu'amputations spontanées et progressives des membres, chute des poils, épaississement de la peau. *c*) Enfin des variations de poids plus ou moins considérables. L'auteur étudie enfin l'*anatomie pathologique* et les *localisations* chimiques du poison. M. Georges Brouardel a l'intention de compléter les précédentes recherches dans des travaux ultérieurs. J.-B. CHARCOT.

VARIA

M. le Président de la République dans les Hôpitaux de l'Ouest de la France.

Au cours de son récent voyage dans l'Ouest de la France, le Président de la République a visité les hôpitaux de La Roche-sur-Yon, Nantes, Les Sables-d'Olonne, etc.

Ceux de Nantes sont bien connus de nos lecteurs. Nous n'y insisterons donc pas; mais, ayant eu l'honneur d'accompagner M. Félix Faure dans les établissements hospitaliers moins importants de La Roche-sur-Yon des Sables-d'Olonne, etc., qui probablement n'avaient pas encore été visités par une personnalité aussi en vue, nous croyons intéressant de signaler cette visite à nos lecteurs.

Les Hôpitaux de Vendée.

L'Hôpital de La Roche-sur-Yon, seul exemple, dit-on, d'hôpital départemental — ce qui épargne chaque année au budget municipal du chef-lieu de la Vendée des dépenses considérables — qui vient d'obtenir une subvention de 100.000 fr. sur le pari mutuel, est trop étroit pour les nombreux malades qu'il contient. Bien entendu, on n'a pas conduit M. le Président dans les endroits intéressants, c'est-à-dire les plus malpropres; mais nos confrères de La Roche ne se sont pas gênés pour nous édifier à ce point de vue. La visite était dirigée par M. A. Godet, conseiller général, président du Conseil d'administration, parce que, répétons-le, cet hôpital est départemental et non municipal. Rappelons un souvenir, dont nous garantissons l'authenticité, puisque nous le tenons de l'intéressé lui-même. Alphonse Guérin, le père du pansement ouaté, y a fait ses premières armes médicales, sous la direction d'une de ses tantes, alors supérieure de l'hôpital.

Le Président a remis, à cette occasion, à l'un des plus vieux médecins de l'hospice, M. le Dr Fillon, les palmes académiques. Parmi les autres distinctions honorifiques distribuées en Vendée pendant le voyage présidentiel, citons : MM. les docteurs Angeard et Potdier, conseillers généraux, qui ont été nommés officiers de l'instruction publique.

Le Président de la République, quelques jours après, le 23 avril, a visité également l'hôpital des Sables-d'Olonne. Les médecins, MM. les Drs Canteteau, Gaudin et Godet, lui en ont montré les diverses salles et n'ont pas hésité à signaler au chef de l'Etat le délabrement et la mauvaise organisation de cet établissement. Le Président a promis d'y songer dès son retour à Paris et il l'a répété publiquement au banquet officiel, qui a eu lieu le soir même de cette visite. Notre ami, M. le Dr Godet, conseiller général, a été, à cette occasion, nommé officier d'Académie.

A Fontenay-le-Comte M. Faure a remis les palmes académiques à M. le Dr Davillé, médecin à la Caillère (Vendée). Puis le Président, en voiture, s'est dirigé par la large avenue de la République, ex-rue Royale, très pavoisée, sous un soleil éblouissant, et a gagné l'hôpital, où il a décoré de la Légion d'honneur, M. le Dr Mangon, conseiller municipal, décerné une médaille d'argent à la supérieure, et promis aux orphelines une excursion aux Sables-d'Olonne.

Loire-Inférieure.

A Nantes, M. F. Faure a remis à M. le Dr Heurtaux, professeur de clinique chirurgicale, la croix de Chevalier de la Légion d'honneur, après avoir visité l'Ecole de Médecine de cette ville.

Charente-Inférieure. — La dormeuse de Rochefort.

Au moment de la visite de l'hôpital de Rochefort, on pouvait y observer un rare phénomène : *une dormeuse*, une vraie dormeuse, à qui, par une observation rigoureuse, exercée depuis trois mois, toute dissimulation est interdite. On n'a pas manqué de conduire le Président de la République à son lit. Sans aucun doute, il l'eût interrogée et le dialogue n'eût sans doute pas été banal; mais, au moment du passage de M. Félix Faure, la dormeuse... dormait. Il a donc fallu se contenter des indications obligeamment fournies par les médecins. Cette dormeuse, Victorine Doirat, est âgée de 30 ans. Elle est née à Rochefort. Elle est entrée à l'hôpital le 31 janvier dernier. Depuis un mois, elle était « endormie », restant pendant quatre jours consécutifs immobile, sans boire, sans manger, sans satisfaire à aucune des nécessités de l'organisme. Le matin du jour où elle fut amenée à l'hospice, elle avait eu un accès de somnambulisme; elle était allée, les yeux fermés, automatiquement, chez ses voisins qui, effrayés, avaient réclamé son admission à l'hôpital où sa maladie a été caractérisée de la façon suivante : « *Léthargie, sommeil cataleptique* ». Sa famille communiqua sur Victorine Doriat les renseignements suivants copiés textuellement sur la feuille d'observation : « A l'âge de 20 ans, Victorine Doriat aurait eu des crises d'exaltation qui auraient exigé son internement dans un asile pendant deux mois. Depuis, elle a toujours été exaltée. A 28 ans, la monomanie du mariage s'est déclarée. Elle s'est mariée avec un sourd-muet. Elle a eu des contrariétés avec la famille de son mari, et elle a éprouvé des chagrins qu'elle a concentrés. » Le lendemain de son entrée à l'hôpital, au moment de la visite, le chef de service la trouva endormie. « On parvint, dit encore la feuille d'observations, à la réveiller et à lui faire manger de la soupe et boire du lait par la suggestion et des excitations. » Après la visite, elle se rendormit au bout d'une heure. Et, depuis, Victorine Doirat dort toujours. Elle se réveille, à des intervalles fort variables, parfois plusieurs fois en une journée, parfois après deux ou trois jours de sommeil ininterrompu. Ses réveils durent deux minutes à peine; elle ouvre les yeux, appelle, demande impérieusement à boire ou à manger et, si elle n'est pas immédiatement satisfaite, elle se rendort. On est parvenu, quand la période somnifère se prolongeait trop longtemps, et afin de l'alimenter un peu, à réveiller la malade par des excitations sur les nerfs médian et cubital; elle a ouvert les yeux, mais elle s'est aussitôt rendormie. Victorine Doirat a fort bonne mine; le visage est plutôt trop coloré. Elle semblerait reposer tranquillement, n'était un tremblotement continu, extrêmement rapide des paupières. Le corps a la rigidité de l'état cataleptique; les membres, soulevés, gardent plusieurs heures la position qu'on leur a donnée.

Saintes.

A Saintes, au cours de ces réceptions, le Président a remis la croix de Chevalier de la Légion d'honneur à M. le Dr Legros, conseiller municipal.

Hôpital militaire de La Rochelle.

A la Rochelle, le 26 avril, la matinée a été consacrée à la visite des hôpitaux. L'*Hôpital militaire*, qui porte le nom de son fondateur, M. d'Aufredi, a reçu le premier la visite du président. L'histoire de la fondation de cet établissement est d'une belle moralité et se trouve dans toutes les *morales pratiques*. M. d'Aufredi était un armateur qui vivait à la Rochelle au commencement du treizième siècle. Très riche, il comptait de nombreux amis. Un jour, on apprit qu'une flotte envoyée aux Indes par lui avait tout entière péri par une tempête. M. d'Aufredi était ruiné. Ses amis de la veille lui tournèrent le dos, et l'armateur fut obligé, pour gagner sa misérable vie, de se faire portefaix, pendant que sa femme Pernelle vendait du poisson sur le port. Deux ans se passèrent ainsi. Puis un bel après-

midi, on aperçut au large, se dirigeant vers la Rochelle, deux navires qu'on reconnut bientôt comme faisant partie de la flotte de d'Aufredi, qu'on croyait perdue. Les navires revenaient des Indes, chargés de richesses et d'objets précieux. D'Aufredi redevenait riche. Ceux qui l'avaient méprisé durant sa misère s'empressèrent autour de lui. Écœuré de tant de lâcheté, d'Aufredi se retira avec sa femme dans une de ses maisons qu'il avait rachetée, s'y consacra aux soins des malades, et fonda un hôpital, auquel il laissa toute son immense fortune. Une plaque apposée dans le vestibule de l'hôpital actuel rappelle ce souvenir : « L'an 1203, Alexandre Aufredi, bourgeois et armateur de la Rochelle, tomba, selon la tradition, de l'opulence dans la pauvreté, et, redevenu riche par le retour inespéré de ses navires, fonda et dota cet hôpital; s'y consacra, avec sa femme Pernelle, au soin des malades, le légua en 1220 à la commune de la Rochelle. Après le siège de 1628, Louis XIII le confia aux frères de la Charité. Il a été érigé en hôpital militaire en 1811. »

L'*Hôpital civil*, que visita ensuite Félix Faure, n'a pas d'histoire.

Lors de l'excursion à l'Ile de Ré et à Saint-Martin, une visite à l'hôpital a eu lieu aussi. A Saint-Martin tout était pavoisé avec une réelle profusion. Les humbles maisons disparaissaient sous les drapeaux et les guirlandes de feuillage.

Deux-Sèvres.

A Niort, la croix de chevalier de la Légion d'honneur a été remise à M. Pellevoisin, médecin à Beauvoir-sur-Niort. M. B.

Conférence sur l'Incinération.

Notre excellent ami et collaborateur Guillaume Capus a fait samedi dernier, à la salle des fêtes de la mairie du Ve arrondissement, une remarquable conférence sur l'incinération. Cette conférence, organisée par la bibliothèque populaire du Ve arrondissement et par la Société pour la propagation de l'incinération, avait attiré un public des plus nombreux. M. Gras, conseiller municipal, assisté de M. Pierrotet, ancien adjoint au maire, avait pris le fauteuil de la présidence.

Dans un exposé rapide, Capus nous a fait passer en revue les régions de l'Asie qu'il a parcourues. Après nous avoir parlé des adorateurs du feu, il nous a successivement transportés en Perse, au Turkestan, dans l'Inde où il nous a décrit les différentes pratiques employées dans le culte des morts. Il nous a présenté les vastes nécropoles du monde musulman, foyers de pestilence, puis chez les Indiens, les cadavres charriés par le Gange développant sur tout le parcours non seulement leur odeur nauséabonde, mais encore la maladie et la mort. Il serait à souhaiter que la crémation fût introduite dans ces pays. Arrivant ensuite aux brahmes, il nous décrit l'incinération au Siam, puis il nous fait part ensuite du mouvement crémationiste dans le monde moderne. Une série de projections ont vivement intéressé les auditeurs. Aussi n'ont-ils pas ménagé leurs applaudissements au sympathique conférencier qui, prochainement, va retourner à ses occupations favorites, l'exploration. Capus part en effet dimanche prochain, chargé d'une mission en Indo-Chine. Nous lui adressons tous nos compliments et nous lui souhaitons le succès le plus complet.

A la fin de la conférence, une distribution d'une série de brochures sur la Société pour la propagation de l'incinération a été faite par les soins de M. Bourneville, président de la Société. A. Rousselet.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr MAGITOT (de Paris).

(1833-1897)

Le Dr E. Magitot, qui vient de succomber à l'âge de 63 ans, enlevé en pleine force de travail et d'activité scientifique, fut l'initiateur d'une branche médicale qui a aujourd'hui droit de cité : la *stomatologie*, vraie spécialisation médicale et extension de l'ancien *art dentaire*, abandonné jusque-là aux mains de l'empirisme. Il voua toute son énergie et sa grande puissance de travail à obtenir pour cette spécialité médicale, qu'il rehaussa de ses multiples et importants travaux, une consécration officielle qui lui fut refusée; et cependant, quoique vaincu, jusqu'à sa dernière heure, Magitot ne désespéra pas de l'avenir.

Né en 1833 à Paris, fils d'un père médecin qui s'était consacré aux maladies de la bouche et des dents, il dut de bonne heure concevoir le but qu'il poursuivrait. A 24 ans, reçu docteur en médecine avec une thèse couronnée sur le *Développement et la structure des dents humaines* (Paris, 1857), il laisse entrevoir son désir de s'adonner à des recherches sérieuses et approfondies sur cette branche peu explorée encore des connaissances médicales. Trois ans plus tard, il publiait un important mémoire sur *les tumeurs du périoste dentaire*.

Lié d'une vive amitié avec Charles Robin, il trouva auprès du grand anatomiste un appui précieux pour les travaux de laboratoire et de micrographie qu'il voulait entreprendre.

Il publia, en effet, avec la collaboration du maître, un ouvrage demeuré classique sur la *genèse et l'évolution des follicules dentaires chez l'homme et les mammifères*, qui parut dans le *Journal de Physiologie* (1860-1861) où, en réfutant et élucidant les diverses théories émises sur cette question par des savants français ou étrangers, il parvint à établir les étapes embryonnaires définitives de l'organe dentaire. Il continua plus tard, en commun avec un physiologiste de grand avenir, mais enlevé jeune encore à la science, Ch. Legros, des recherches sur le même sujet, qu'il dut poursuivre seul après la perte de son collaborateur.



M. le Dr Magitot (de Paris).

En 1862, il fit paraître un travail aujourd'hui cité dans tous les traités d'anatomie sur le *cartilage de Meckel* dans les *Annales des Sciences naturelles*.

Dès lors, se poursuit pour Magitot une vie d'incessant labeur, tellement féconde en recherches et en productions scientifiques, que la liste seule de ses mémoires emplirait des colonnes. Citons seulement et rapidement en passant ses études capitales sur l'*ostéo-périostite alvéolo dentaire* ; son livre sur la *carie dentaire* (1867), où l'auteur démontra la nécessité d'une réaction acide du milieu buccal pour entamer l'émail des dents. La microbiologie n'étant pas encore née, il ne fut pas possible à Magitot d'entrevoir le rôle que les micro-organismes pouvaient jouer dans cette question si importante de la carie dentaire; mais il avait du moins trouvé la cause efficiente de l'affection, une action chimique, sinon la cause première de cette résultante, dûment bien établie.

Puis viennent des essais sur la *pathogénie des kystes et abcès des mâchoires*. La question des kystes des mâchoires fut un des sujets de prédilection de Magitot et le monde chirurgical a quelque temps retenti d'assez vives discussions sou-

levées au sein de la Société de Chirurgie et où intervinrent avec de sérieux, mais trop absolus arguments, MM. Reclus et Malassez. Un des plus beaux ouvrages laissés par Magitot est, sans conteste, son *Traité des anomalies dentaires* (1875), qui fut couronné par l'Institut.

Nous signalerons encore une étude sur la *pathologie générale de l'érosion des dents* (1878) et ses *Etudes cliniques sur l'érosion des dents considérée comme signe rétrospectif de l'éclampsie infantile* (1881), où l'auteur combattit la tendance trop systématisée des syphiligraphes à faire de l'érosion dentaire un symptôme sûr d'hérédité syphilitique; une *Contribution à l'étude des accidents de l'éruption de la dent de sagesse inférieure* où sont très complètement décrits tous les symptômes cliniques d'accidents si souvent imputés à d'autres causes, au point même d'avoir été érigés en une affection créée nosologiquement de toutes pièces: la stomatite ulcéro-membraneuse des jeunes recrues.

Magitot attacha aussi son nom à l'application rationnelle de la *greffe dentaire* dont il établit les règles opératoires et la thérapeutique chirurgicale dans plusieurs mémoires présentés à la Société de Chirurgie (1879). Enfin un des sujets qui le passionna entre tous fut celui de la *nécrose phosphorée*. Ayant depuis de longues années soigné de nombreux ouvriers des usines d'allumettes, il avait essayé de découvrir la porte d'entrée du terrible mal. Il avait cru d'abord la trouver exclusivement dans toute carie dentaire pénétrante, mais après les débats ouverts dans les sociétés savantes et presque toujours suscités par sa laborieuse opiniâtreté à demander aux pouvoirs publics des mesures hygiéniques préventives contre le fléau, il dut adjoindre à la carie comme seconde cause, s'associant aux idées du professeur A. Robin, le *phosphorisme* latent.

C'est au milieu de ces recherches, après avoir repris part tout récemment encore à Bruxelles et à l'Académie de Médecine de Paris, à plusieurs débats sur cette grave question, que la mort vint le trouver, le lendemain du jour ou il avait publié un article sur la nécrose phosphorée dans la *Revue des Deux-Mondes*. (Mars 1897).

Entre temps, Magitot s'était vivement épris des questions d'*Anthropologie* sous l'inspiration de son savant ami Broca. C'est ainsi qu'il avait fait à la *Société d'anthropologie*, dont il fut un des membres fondateurs et l'un des présidents, diverses communications sur: *L'homme et les singes anthropomorphes; Discours sur l'anatomie comparée du système dentaire chez l'homme et les singes*; *Études et expériences sur les traces de l'existence de l'homme aux temps tertiaires*. Un mémoire sur le *tatouage*, en collaboration avec le Pr Lacassagne (de Lyon). Il avait publié également, dans le journal *Le XIXe Siècle*, une série de rapports sur les Congrès d'Anthropologie tenus dans les diverses capitales d'Europe. Il s'occupa aussi des questions d'anthropologie criminelle et fut secrétaire de cette dernière Société qui compte dans son sein nombre de savants, parmi lesquels le fameux Lombroso, et des jurisconsultes éminents.

En résumé, l'œuvre importante de Magitot est et demeurera en grande partie classique. Ses études anatomiques et ses observations cliniques, déjà résumées dans des articles fort approfondies du Dictionnaire encyclopédique de Dechambre, ne pourront qu'être étendues et souvent justifiées par les découvertes de la micrographie et de la bactériologie modernes.

Magitot reçut la juste consécration d'une carrière si bien remplie et toute consacrée à la Science. L'Académie de Médecine le reçut parmi ses membres, en 1888, dans la section des associés libres. Il faisait également partie de la Société de Chirurgie et de la Société de Biologie. La Société de Stomatologie qu'il avait fondée l'avait chaque année depuis 1888 réélu comme président. Il était chevalier de la Légion d'honneur.

Nous avons dit au début de cette notice quel avait été le but toujours rêvé et poursuivi par Magitot avec toute l'énergie d'une invincible conviction: obtenir que la pratique de l'art dentaire, reconnu science médicale, ne fût exercée que par des médecins. Cette conception, mise en pratique actuellement dans plusieurs Etats, développée déjà par des médecins et chirurgiens du commencement de ce siècle, en particulier par Gariot (*Traité des maladies de la bouche*, 1805) et qui n'a pas encore reçu sa pleine consécration en France, fut la pensée dominante de Magitot. Il apporta à la formuler, à la défendre et à la répandre, toute l'ardeur d'un apôtre, toute la ressource d'une argumentation acquise à l'école expérimentale d'Auguste Comte, dont il fut un des zélés disciples; enfin toute la faculté de combativité émanée de sa prodigieuse activité. Il fut secondé dans sa tâche par une rare facilité d'écrivain qu'avait su apprécier Edmond About, qui lui avait ouvert le *XIXe Siècle* pour la publication de ses relations scientifiques.

Malgré tant d'énergie déployée pour une juste cause, Magitot ne connut point l'heure du triomphe. Mais, si l'opinion est un courant qu'on ne remonte pas, il est toujours permis d'espérer l'endiguer dans une certaine mesure; enfin il est beau et bon d'avoir la foi que soutient une sincère et profonde conviction. Une des grandes joies de Magitot fut du moins d'avoir créé la *Stomatologie*, en groupant autour de lui de savants collègues et des élèves dévoués, à juste titre fiers du lustre qu'il répandit sur leur profession; il put conserver l'espoir que ses idées ne seraient pas entièrement abandonnées, car il sentait que l'avenir ne peut être perdu que pour ceux qui désarment complètement.

Dans la vie privée, éloigné un instant de ses absorbants travaux, sorti de l'existence du praticien surmené, Magitot savait retrouver l'entrain et le ressort d'un esprit toujours en éveil, d'un cerveau jamais las; causeur brillant et plein de verve, il s'intéressait à toutes les questions, s'assimilait avec une rare justesse les sujets les plus variées. Enfin l'homme d'esprit portait en lui le cœur le plus généreux, concentrant, autour des chers siens une tendresse d'âme toute juvénile.

Dr Charles BOUVET.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 18 au samedi 24 avril 1897, les naissances ont été au nombre de 1.184, se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 427, illégitimes, 168. Total, 595. — *Sexe féminin*: légitimes, 428, illégitimes, 161. Total, 589.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891: 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 au samedi 24 avril 1897, les décès ont été au nombre de 1016, savoir: 575 hommes et 441 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 2, F. 3, T. 5. — Typhus: M. 0, F. 0, T. 0. — Variole: M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M. 27, F. 15, T. 42. — Scarlatine: M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche: M. 2, F. 8, T. 10. — Diphtérie, Croup: M. 7, F. 1, T. 8 — Grippe: M. 1, F. 1, T. 2. — Phtisie pulmonaire: M. 141, F. 71, T. 212. — Méningite tuberculeuse: M. 19, F. 13, T. 32. — Autres tuberculoses: M. 26, F. 9, T. 35. — Tumeurs bénignes: M. 1, F. 4, T. 5. — Tumeurs malignes: M. 20, F. 31, T. 51. — Méningite simple: M. 9, F. 13, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale: M. 27, F. 26, T. 53. — Paralysie, M. 4, F. 9, T. 13. — Ramollissement cérébral: M. 5, F. 2, T. 7. — Maladies organiques du cœur: M. 42, F. 27, T. 69. — Bronchite aiguë: M. 17, F. 9, T. 26. — Bronchite chronique: M. 17, F. 14, T. 31. — Broncho-pneumonie: M. 17, F. 35, T. 52. — Pneumonie: M. 15, F. 14, T. 29. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 17, F. 16, T. 33. — Gastro-entérite, biberon: M. 8, F. 9, T. 17. — Gastro-entérite, sein: M. 4, F. 4, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans: M. 0, F. 0, T. 0. — Diarrhée au-dessus de 5 ans: M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales: M. 0, F. 3, T. 3 — Débilité congénitale: M. 11, F. 12, T. 23. — Sénilité: M. 8, F. 20, T. 28. — Suicides: M. 9, F. 6, T. 15. — Autres morts violentes: M. 12, F. 4, T. 16. — Autres causes de mort: M. 98, F. 56, T. 154. — Causes restées inconnues: M. 6, F. 1, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 117, qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 45, illégitimes, 20 Total: 65 — *Sexe féminin*: légitimes, 36, illégitimes, 16 Total: 52.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. HAUG, docteur ès sciences naturelles, chef des travaux pratiques du laboratoire de géologie, est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1896-1897 maître de conférences de geologie à la Faculté des sciences de Paris. M. DEREIMS, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, préparateur de géologie, est nommé chef des travaux pratiques de géologie en remplacement de M. Haug.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — On se souvient qu'à la suite d'un vote du conseil municipal d'Amiens tendant à contracter un

emprunt pour la réorganisation de l'Ecole de Médecine de cette ville, M. Fiquet, député radical de la 1re circonscription et maire d'Amiens, suivi par les autres membres de la municipalité, avait donné sa démission de maire. Malgré les démarches faites auprès de lui, M. Fiquet ayant refusé de revenir sur sa décision, le conseil municipal a procédé à l'élection d'un nouveau maire et de quatre adjoints. A été élu adjoint M. le Dr Lenoel. La nouvelle municipalité est surtout composée d'adversaires de M. Fiquet.

École de médecine du Val-de-Grace. — Un concours s'ouvrira le 13 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'Ecole du Val-de-Grâce pour l'admission des docteurs en médecine et des pharmaciens diplomés de 1re classe civils, aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires.

Société de Géographie. — *Prix.* — Dans la liste des prix et médailles décernés par la Société, nous trouvons : *Grande médaille d'or de la Société* M. le Dr Fridtjof Nansen, pour son exploration des régions polaires arctiques.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de géologie.* — M. le Pr Stanislas Meunier ouvrira le cours public de géologie du Muséum d'histoire naturelle, le samedi 1er mai, à cinq heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de géologie au Jardin-des Plantes et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Il traitera de l'*Histoire géologique de la mer.*

Jubilé de M. le Pr Guyon. — Le 1er juillet prochain sera le 30e anniversaire de l'entrée de M. le Pr Guyon, comme chef de service, à l'hôpital Necker. Ses élèves ont cru qu'ils devaient se réunir pour fêter cet anniversaire. Le lieu de réunion parait tout naturellement indiqué : c'est à Necker même, dans le service que l'on veut présenter au maître félicitations et vœux. Voici le projet de fête : I. Le 1er juillet, réunion à l'hôpital Necker, à dix heures, salle Velpeau. Après la visite dans les salles, réception dans le grand Amphithéâtre de l'hôpital. II A l'issue de cette cérémonie, un déjeûner réunira le maitre, sa famille, ses anciens internes et les élèves actuels de son service. III. A la fin du banquet, un cadeau commémoratif sera offert à M. le Pr Guyon : Album artistique réunissant les photographies de tous ses internes et la liste de tous les travaux de l'école de Necker; photographies et travaux classés par années, 1868 à 1897. M. B.

Hôpitaux de Paris. — Sont nommés Directeurs d'hôpitaux : Hospice de Brévannes, en remplacement de M. Jacoulet, admis d'office à la retraite, M. Marquet, directeur de la fondation Galignani. Fondation Galignani, M. Courdouzy, directeur de l'hôpital temporaire d'Aubervilliers. Hopital temporaire d'Aubervilliers, M. Aubert, économe de l'hôpital Saint-Louis. Hôpital Laënnec, en remplacement de M. Girard, admis à la retraite, M. Mouton, directeur de l'hôpital Ricord. Hôpital Ricord, M. Bru, économe à l'hospice de Bicêtre.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés au grade de *Chevalier de la Légion d'honneur* : M. Taburet, médecin de deuxième de la marine, médecin de la mission Hourst en Afrique.

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique*: MM. Baratte, collaborateur de la mission d'exploration scientifique de la Tunisie ; Baubigny, membre de la Société chimique ; Dr J. Bertillon, président de la Société de statistique ; Boudier, président honoraire de la Société mycologique ; Dr Descourtis, membre des Sociétés françaises d'hygiène ; Dr Hahn, médecin de la marine, résident de France au Cambodge ; Dr Trouillet. — Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. Beluze, Lelongt et Souligoux.

Récompenses. — La médaille d'honneur des épidémies, en argent, a été décernée à M. le Dr Chabaud, maire de Jaujac, en récompense du dévouement dont il a fait preuve lors des diverses épidémies qui ont sévi dans le departement du Gard.

Nécrologie. — M. le Dr Buonanuo, chirurgien à Naples, s'est suicidé en se tirant deux coups de revolver dans la tête, apres avoir tué sa femme, de dix ans plus jeune que lui, avec la même arme. Question de jalousie, qui, à ce qu'on raconte, valait ces deux existences d'allures tres distinguées. — Un médecin, M. Carrier (de Varennes, Dordogne), était appelé auprès d'une femme qui ressentait des douleurs aigues. Il lui administra quelques piqures de morphine qui amenerent bientôt un sensible soulagement. La malade s'endormit. Deux heures après ses parents voulurent la reveiller, mais ne le purent. Ils envoyèrent chercher de nouveau le Dr Carrier. Au moment où il allait penérer dans la chambre, la fille de la malade lui reprocha d'avoir tué sa mère. Notre honorable confrère, en entendant ce reproche, eut une syncope et tomba à la renverse le tête sur le coin d'un meuble ou il se brisa la base du crane. Il est mort mercredi dernier. Quelques instants après la chute de M. Carrier, la malade se reveillait, n'éprouvant plus aucune douleur. — M. le Dr Gaston Lalanne, docteur ès-sciences. — M. le Dr Espinouse (de Montbazin, Herault), reçu en 1871. — M. le Dr Lavois (d'Andilly, Charente-Inférieure), reçu en 1872. — M. le Dr Bodet, médecin en chef de la marine à Brest. — M. le Dr J. von Saxinger, professeur d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Tubingue. — M. le Dr Edward Towensend, professeur de Médecine au Queen's College de Cork. — M. le Dr Peter Dirck Keyser, ancien professeur d'ophtalmologie au Médico-Chirurgical Collège de Philadelphie. — M. le Dr Schakeh Sakaki, professeur de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tokio.

Chronique des Hôpitaux

Hôpital de la Maternité (119, boulevard de Port-Royal). — M. le Dr P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, reprendra ses leçons cliniques le samedi 1er mai, à 3 h 1/2, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôtel-Dieu. — *Cours pratiques d'ophtalmologie.* — M. le Dr A. Terson, chef de clinique, recommencera, le mardi 11 mai, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves) Le cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures et durera six semaines. — M. le Dr Mermet, chef du laboratoire, commencera le mercredi 12 mai, à 5 heures des conférences pratiques : 1° *Anatomie de l'œil* (avec technique microscopique). *Physiologie de l'œil* ; 2° *Anatomie pathologique et bactériologie oculaires.* Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures et durera six semaines S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Asile clinique (*Sainte-Anne*). — *Conférence sur les causes de la folie.* — M. le Dr Toulouse, mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. — M. le Dr Roubinovitch, chef de clinique de la Faculté a l'asile Sainte-Anne, commencera le *samedi 8 mai* 1897, à 9 h. 1/2 du matin, un *cours élémentaire de pathologie mentale*, et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 19. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 MAI 1897.

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

Métrite parenchymateuse hémorragique (Sclérose utérine).

par MM. PILLIET, chef de laboratoire, et SOULIGOUX, chef de clinique.

Nous avons appelé déjà l'attention sur les lésions inflammatoires qui occupent la totalité de l'utérus, et qui sont trop souvent négligées pour celles de la muqueuse. Elles forment un type à part, comparable à celui des lésions interstitielles du muscle cardiaque, mais se traduisant par des signes fonctionnels naturellement fort différents de ceux de la myocardite, puisque les fonctions de l'utérus ne sont pas les mêmes. Les deux principaux de ces symptômes sont les douleurs et les métrorrhagies. A cause d'elles, la métrite parenchymateuse, dans laquelle le curettage ne peut évidemment pas avoir d'action curative, est souvent prise pour un fibrôme.

Cette affection peut présenter deux types : dans le premier, l'infection débute par le col à la suite d'une déchirure produite par l'accouchement. Elle peut rester longtemps cantonnée dans le tissu cervical, plus riche en fibres connectives lâches que le reste de l'utérus ; elle forme alors ces cols indurés, ligneux, saignants, à cause des scléroses vasculaires, que l'on est si souvent tenté de prendre pour des épithéliomas.

Dans le second type, l'infection est descendante. C'est à la suite d'une affection purulente des trompes, que le relevé des observations montre être le plus souvent d'origine puerpérale, que le muscle utérin s'infecte en totalité par son réseau vasculaire et les gaines lymphatiques qui l'accompagnent. On observe alors les formes de sclérose vasculaire décrites et dessinées par l'un de nous (1) et qui se traduisent cliniquement par les hémorragies déjà signalées par Trélat, décrites par Pichevin et Petit, et par nous.

Dans ces cas, l'ablation seule de l'organe peut être efficace ; et si les trompes malades attirant seules l'attention, sont seules enlevées, l'utérus resté en place continuera à être douloureux et à saigner. Nous pensons que c'est surtout de cette façon, et non par l'inflammation développée autour des ligatures du moignon, qu'il faut expliquer les cas de douleurs persistantes après la double salpingectomie et les opérations complémentaires nécessitées par elle.

Le diagnostic de l'état anatomique de l'utérus est donc important à préciser, puisque cet état peut amener à modifier l'intervention et à la rendre plus complète. Mais, pour qu'il soit possible aux cliniciens, il faut que l'étude histologique des lésions soit précise ; et c'est chose facile, car elles sont très aisées à retrouver, toujours dans les mêmes cas, et elles sont tellement simples qu'on ne peut les méconnaitre après les avoir vues une fois. Il suffit, en présence d'un utérus suspect, de pratiquer des coupes au niveau de la corne utérine, comprenant le trajet intra-uterin de la trompe, puis à la partie moyenne du corps utérin, comprenant la muqueuse, et enfin à la portion cervicale. Les colorations à l'hématéine ou à la thionine donnent de très bons résultats.

Voici une observation recueillie dans le service de clinique chirurgicale de M. le Pr Tillaux à la Charité, qui peut être considérée comme typique. Mais il ne faudrait pas croire que ce type soit rare ; le cas est pris entre plusieurs, tous semblables et que nous laissons de côté pour ne pas allonger inutilement cette étude.

Observation.

Eugénie Haz..., âgée de 33 ans, cuisinière, entre le 21 janvier 1897, à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, lit n° 25, se plaignant d'une douleur vive dans la région ovarienne droite, accompagnée de pertes abondantes, tantôt blanches, tantôt rouges, sans odeur, de sensation de pesanteur dans le ventre et d'une constipation opiniâtre. Son père est mort accidentellement ; sa mère succomba à 45 ans, atteinte d'une maladie de cœur.

La malade eut, elle-même, la rougeole à l'âge de sept ans ; dans sa jeunesse elle était chétive, nerveuse, mangeait peu, vomissait souvent ce qu'elle mangeait. Réglée à 17 ans, bien réglée. Pas de pertes. A 20 ans, en pleine menstruation, elle prit un bain froid forcé : les règles s'arrêtèrent : elle perdit ensuite beaucoup plus au moment de la menstruation.

A 25 ans, la malade eut un enfant, venu à terme ; les couches furent normales : toutefois, on constata la présence d'albumine ; la malade resta deux mois à la Maternité. Les règles revinrent normalement. Pas de pertes. Depuis son accouchement, la malade est toujours restée constipée ; le ventre s'est maintenu douloureux ; la marche était limitée. Il y a deux ans elle commença à perdre en blanc et en rosé : elle ne s'occupa point de ces pertes.

Toutefois, depuis 6 mois, elles ont augmenté considérablement et, il y a 4 mois, une douleur assez vive s'est localisée dans la région ovarienne droite : elle s'irradia dans la cuisse et augmenta peu à peu. La malade eut alors une sensation de pesanteur dans le ventre, de tiraillements fréquents. Les règles venaient toujours à espaces normaux, indolores, mais de plus en plus abondantes. Effrayée, la malade vient à la consultation de la Charité, entre en médecine et passe en chirurgie, le 21 janvier.

La malade que nous examinons présente un état général satisfaisant : elle ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents. Nous ne retenons de son observation que la présence de pertes abondantes, rouges et blanches, sans odeur, d'une sensation de pesanteur dans le ventre, de douleurs vives et d'une constipation opiniâtre. A la vue, le ventre est très peu ballonné ; la palpation dénote une douleur assez vive dont le maximum se trouve sur la ligne médiane et ne dépasse pas quatre travers de doigt du pubis : cette douleur semble ne pas intéresser la région ovarienne.

Le toucher vaginal nous montre un col mou, entr'ouvert assez largement : l'utérus est en rétroversion. L'on constate, en arrière de l'utérus, une masse assez grosse, plutôt unie, empiétant un peu à droite. Les culs-de-sac latéraux semblent libres. Les appareils respiratoires et circulatoires n'offrent rien de particulier.

La malade dit avoir eu des troubles gastriques assez graves ; actuellement l'estomac semble bien fonctionner : toutefois les symptômes de l'éthylisme sont au complet. Les urines sont normales. Point d'albumine. Point de sucre. Système nerveux normal. — Le *diagnostic* formulé après cet examen fut celui de *corps fibreux de l'utérus*.

(1) Pilliet. — *Notes sur les lésions inflammatoires du muscle utérin. Gazette hebdomadaire*, n° 36, 5 mai 1896, p. [illegible]

Un mois après son entrée à l'hôpital, la malade était beaucoup mieux; la douleur était beaucoup moins forte, les pertes sensiblement diminuées. L'état général était toujours très bon. Le toucher vaginal montre que la masse signalée plus haut a de beaucoup diminué. L'on quitte le diagnostic de corps fibreux de l'utérus et l'on songe à une tumeur d'origine inflammatoire qui se serait vidée par le vagin.

Cette tumeur se reproduisant, la malade fut opérée le 12 février 1892. M. le Pr Tillaux pratiqua l'hystérectomie vaginale qui permit d'amener l'utérus et deux trompes dilatées remplies de pus, fortement adhérentes dans le petit bassin. L'utérus incisé était ferme, dur, blanc nacré au lieu d'être gris rosé, et l'on voyait des vaisseaux sclérosés faire saillie sur la surface de coupe. Les suites opératoires furent très simples, sans fièvre, et la malade quitta l'hôpital, guérie, le 1er avril suivant.



Fig. 42. — Métrite parenchymateuse hémorragique. Coupe du corps de l'utérus Muqueuse un peu hypertrophiée, à chorion chargé de cellules rondes. Muscle infiltré de traînées de cellules embryonnaires et présentant en certains points une dilatation considérable de ses vaisseaux sclérosés. (Préparation de Pilliet.)

Examen histologique, par M. PILLIET, chef du laboratoire de clinique chirurgicale.

1) *Les coupes de la trompe* montrent que la muqueuse a presque entièrement disparu, et est remplacée par des bourgeons charnus dont plusieurs ont subi la dégénérescence graisseuse, ce qui leur donne une teinte jaunâtre et une fausse apparence de tubercules. La paroi interne tubaire ressemble à la paroi d'une poche d'abcès. C'est donc à une salpingite suppurée et non à une simple salpingite catarrhale que l'on a affaire.

2) *Les coupes de l'utérus* au niveau du corps montrent, avec une endométrite assez légère, des lésions considérables du muscle utérin. Les fibres lisses sont pâles, les traînées de cellules embryonnaires qui les circonscrivent sont extrêmement abondantes, enfin les vaisseaux, surtout les sinus veineux, sont extrêmement dilatés, en même temps qu'épaissis sur toutes leurs tuniques. Il s'agit donc d'une de ces infections du muscle, secondaires à la suppuration de la trompe, et fournissant le type anatomique de la métrite parenchymateuse hémorragique, pouvant simuler le fibrôme ou le cancer utérin

3) *Les coupes de la trompe dans son trajet intra-utérin* montrent une inflammation beaucoup plus intense et qui explique en partie les autres lésions. La lumière de la trompe est très rétrécie, entourée d'un cercle fibreux et comblée par un épithélium proliféré, en partie desquamé. Tout autour, s'étendent des masses d'infiltration par de petites cellules rondes qui dissocient le muscle et forment par endroits, surtout sous le péritoine, au point où les confluents lymphatiques abondent, de véritables amas miliaires. Ainsi les lésions sont plus marquées au voisinage de la trompe infectée et ont descendu dans la masse de l'utérus suivant une voie qui paraît bien être celle des capillaires sanguins, ou, plus exactement, des gaines lymphatiques qui entourent ces capillaires, puisque les lésions paraissent présenter leur plus grande intensité au niveau du réseau lymphatique sous-péritonéal.

Dans un autre cas d'hystérectomie pour double salpingite purulente avec adhérences, pratiquée par M. le professeur Tillaux, l'état du muscle était plus grave encore. Il existait une métrite parenchymateuse extrêmement marquée, et de plus une tendance à l'isolement de certains groupes de fibres musculaires lisses, qui prolifèrent et forment des débuts de petits fibro-myomes microscopiques autour des vaisseaux sanguins qui se trouvent plongés dans des gaines de tissu conjonctif lâche dans lequel apparaissent des cellules adipeuses. Il en résulte que ces bouquets de vaisseaux épaissis entourés de fibres musculaires actives et contenus dans une gaine molle font saillie sur la surface de coupe de l'utérus enflammé comme autant de petits cônes rugueux et sont un des bons caractères à l'œil nu de la métrite parenchymateuse.

Dans un dernier cas, il s'agissait d'une jeune femme opérée d'une salpingite purulente double par M. P. Petit. Les douleurs et l'impotence continuant, l'hystérectomie fut pratiquée deux ans plus tard par M. le Dr Péan. La pièce que j'eus l'occasion d'examiner était typique comme métrite parenchymateuse avec infiltrations embryonnaires et scléroses vasculaires et les lésions prédominaient au niveau des moignons des trompes réséquées et au niveau des cornes utérines, tout comme dans l'observation que nous venons de rapporter.

Dans ce fait l'ablation des trompes purulentes n'avait donc pu qu'amender les symptômes généraux sans les guérir, puisque déjà l'utérus était malade et devait nécessiter une opération complémentaire.

Conclusions. — On voit donc, par l'anatomie pathologique d'une part, par la clinique de l'autre, la nécessité de bien isoler et de bien s'apprendre à reconnaître un type morbide de l'utérus qui a été souvent entrevu et que nous pouvons maintenant préciser d'une façon complète, type beaucoup plus important que celui des inflammations banales de la muqueuse utérine, qui dépendent, d'ailleurs, souvent de lui et sont entretenues par lui.

UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — Une dépêche de Troyes annonce que le 19e bataillon de chasseurs a quitté Troyes par train spécial, à destination de Cortieux (Voges), où il est envoyé pour réagir contre l'épidémie de fièvre typhoïde qui faisait tous les jours une victime parmi les chasseurs.

SERVICE SANITAIRE DU CANAL DE SUEZ. — Le conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Alexandrie, le 30 avril 1897, disposait de deux places de médecins pour le service de la surveillance et de la désinfection à Suez et aux sources de Moïse.

SOCIÉTÉ DES AMIS DES SCIENCES. — La Société des amis des sciences a tenu jeudi dernier, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, son assemblée générale. M. Aucoc, membre de l'Institut, président, assisté de MM. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; Georges Picot, Milne-Edwards, Bergeron, Duclaux, Grandidier, etc., etc. Une foule nombreuse se pressait dans l'amphithéâtre et les tribunes. M. Aucoc, dans une courte allocution, a exposé le but de la Société ; il a rendu hommage aux différents présidents qui se sont succédé à sa tête : Thénard, Jean-Baptiste Dumas, Pasteur, Joseph Bertrand. C'est grâce à leur haute influence, à leur dévouement que la Société doit son actuelle prospérité. Déjà elle a distribué plus d'un million et demi de secours à les savants malheureux, son capital dépasse encore 1.300,000 fr. M. Gauthier-Villars a rendu compte ensuite de la gestion du conseil d'administration pendant la dernière année. Enfin, M. Joseph Bertrand a fait une conférence applaudie sur la *Vie d'un savant au* XVIe *siècle*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La question des Patentes médicales et artistiques.

Une question toujours pendante, c'est celle de la patente, que la Chambre des Députés veut désormais infliger aux artistes, peintres, sculpteurs ou autres, comme aux autres personnes exerçant des professions libérales, les médecins par exemple. D'ailleurs, quand on parle des patentes de médecins, on est certain de rester — et pour longtemps — dans l'actualité. N'en sortons donc pas aujourd'hui encore. Aussi bien est-ce là un sujet de discussion, que j'ai à cœur depuis de longues années!

Les barbouilleurs de toiles et les tailleurs de marbre, — des plus cossus aux moins connus — ont crié, comme une bruyante armée, dès qu'au Palais-Bourbon on a osé lancer cette idée de la patente des artistes, idée il est vrai un peu extraordinaire. Mais, si je trouve assez justes leurs intelligentes manifestations, on me pardonnera bien — quoi qu'on en puisse dire et malgré les lois actuelles — de constater à mon tour que tout n'est pas pour le mieux en ce monde et de penser que la patente, imposée aux médecins, par les temps qui courent, n'est pas d'une justice qui obture absolument les yeux! Pour mon compte, j'avoue que je ne la comprends pas, cette patente qu'on nous impose, ni surtout la façon dont on nous l'impose.

Quand on parle de les assimiler aux médecins, les artistes répondent : « Qu'on nous donne le monopole, qu'on nous évite la concurrence, qu'on nous assimile aux médecins, c'est-à-dire qu'on nous fasse passer des examens, et qu'on nous délivre des diplômes; alors nous ne demanderons pas mieux que de nous incliner devant le fisc! Cela nous délivrera des faux peintres, qui prennent la place des vrais; et, alors, nous voudrons tous payer! »

Curieux raisonnement! Mais ne voyez-vous pas que toute cette argumentation ne tient pas? Est-ce que le diplôme de doctorat a jamais tué quelque charlatan? Est-ce qu'un diplôme, même en fait de médecine, a jamais eu une valeur réelle? Vous savez bien que non. Ce qui en a, de la valeur, c'est l'*homme* qui le détient, ce diplôme, et non pas les galons qu'on possède! Vous parlez de concurrence. Mais n'est-elle pas plus vive entre les vrais médecins eux-mêmes qu'entre les vrais et les faux? Par cet exemple, jugez donc ce qu'il adviendrait chez vous, si vous étiez imposés, c'est-à-dire diplômés. Et puis, voit-on d'ici un peintre, poursuivi pour exercice illégal de la peinture!

La médecine est une science expérimentale ; mais la profession, qui a la médecine pour base, ressemble beaucoup plus à un art qu'à autre chose. Aussi beaucoup de médecins trouvent-ils vieux jeu ce fameux monopole, qu'on leur reproche tant, et dont l'Amérique s'est d'ailleurs longtemps passée, sans s'en plus mal porter! On dirait même que cela ne lui a pas réussi de s'être mis sur ce point à la remorque des errements de la vieille Europe ; et elle ferait peut-être bien de ne pas envier, de la même façon que les titres de duc et de baron, ces diplômes si prisés des antiques Universités! Ce qu'on doit uniquement demander à un médecin, comme à un artiste ou à un épicier, c'est de savoir très bien son métier et non pas de savoir à peu près passer des examens et des concours : ce qui est tout différent et n'exige pas les mêmes qualités. A l'examen, on n'est pas tenu d'avoir du talent ; à la ville, c'est une autre affaire; or, médecin ou artiste, vous en mourrez, si vous n'en avez pas. La médecine s'apprend comme la peinture, à l'user, quand on a le feu sacré. L'ayant apprise, on pourrait s'en servir à ses risques et périls, sous la protection des lois de droit commun. Il y aurait peut-être de la sorte plus de vrais médecins qu'on le suppose...

Mais revenons à la patente. Il n'y a pas à le nier, la Médecine, comme la Peinture et la Littérature, est désormais une véritable *profession de luxe*. Cela n'était pas aussi marqué jadis qu'aujourd'hui à une époque où les hôpitaux ne foisonnaient pas, comme maintenant. Mais actuellement on doit le reconnaître, à Paris surtout, il faut être riche et même très riche, pour avoir le courage de se payer et de payer un médecin, absolument comme il faut l'être pour s'offrir une belle œuvre d'art. Aussi la patente médicale ne se justifie-t-elle pas plus, à mon avis, que celle des sculpteurs. Il n'y a plus qu'à le constater : le médecin est désormais un artiste, — c'est-à-dire un spécialiste de valeur, — ou un fonctionnaire, un vulgaire fonctionnaire, au même titre que le percepteur ou le curé ! Dès lors pourquoi le patenter ? Dans les deux cas, il n'a rien à voir avec le négoce ou l'épicerie. Ou bien, alors, imposez les employés de bureau et les sacristains.

Mais, là où les choses paraissent encore plus iniques, c'est quand on examine la façon dont la patente est établie. Je ne parle pas des grands médecins, ficelle sur laquelle on devrait peut être tirer d'une façon tout autre; mais, pour le *vulgum pecus*, pour ceux qui vivent à peine de leurs visites (pour ne pas dire de leur belle-mère), est-il rien de plus injuste que la façon dont on les impose? Ce n'est pas le gain de nos confrères que l'on taxe, mais les chambres à coucher de leurs enfants (par ce temps de dépopulation!), soit à la ville, soit à la campagne. Le médecin, obligé par profession d'occuper un appartement luxueux, paie en conséquence, tandis que le banquier, qui n'a qu'un simple bureau, s'en tire à très bon compte. Les enfants au moins devraient être sacrés, et le médecin n'être imposé que pour son cabinet de consultations, seul appartement vraiment professionnel.

Si l'on se résout à imposer les artistes, sera-ce leurs ateliers qu'on taxera ou leurs appartements particuliers? Si c'est l'appartement, les artistes à deux ménages devraient etre taxés deux fois...! Si c'est l'atelier, ils n'auront plus qu'à aller peindre en plein air. Il y a longtemps que les médecins auraient dû de leur coté donner leurs consultations en plein vent ! Ils gagneraient autant! Marcel BAUDOUIN.

Les Congrès de Neurologie et de Psychiatrie en 1897.

Nous avons annoncé au mois d'août dernier que, conformément à ses traditions, le *Congrès des aliénistes et neurologistes*, au cours de sa session de Nancy, avait fixé sa prochaine réunion annuelle au 2 août 1897 et choisi la ville de Toulouse.

En second lieu, le *Congrès international de Médecine* qui se tiendra à Moscou du 7 au 14 août, a organisé une très importante section de neurologie et de psychiatrie (1). Il est certain que le Congrès de Moscou attirera un certain nombre d'aliénistes et de neurologistes français — nous souhaiterions que ce fût beaucoup — et que, partant, le Congrès de Toulouse en souffrira. Cette éventualité a été examinée par le bureau du Congrès de Nancy. Mais il a été passé outre pour ne pas interrompre la série des Congrès français de neurologie et de psychiatrie et aussi en invoquant le fait, malheureusement trop vrai, que nos compatriotes hésitent toujours à entreprendre d'aussi longs voyages que celui de Moscou.

Il paraît pourtant que ces deux Congrès n'ont point paru suffisants. Nous venons en effet de recevoir l'annonce et le programme d'un troisième Congrès spécial — international, celui-ci — qui se tiendrait à Bruxelles à l'occasion de l'Exposition organisée dans cette ville. Ce troisième Congrès, qui comprendra non seulement les maladies mentales et nerveuses, mais l'électricité médicale et l'hypnologie, nous semble venir un peu tard. Mieux aurait valu reprendre le titre du Congrès international de 1889 étant bien entendu que la neurologie y aurait une part égale à la psychiatrie. Enfin, et surtout, nos confrères belges, auxquels le Congrès français est largement ouvert, auraient mieux fait de s'entendre préalablement avec le bureau du Congrès de Nancy; et nul doute que la majorité des membres du Congrès ne se fût empressée de répondre à leur invitation et de se rendre à Bruxelles au lieu d'aller, cette année, à Toulouse.

Les Congrès constituent une excellente institution. Toutefois ce serait la compromettre en rapprochant les sessions, et surtout en multipliant les Congrès de même ordre. Cette considération n'a pas échappé d'ailleurs à quelques-uns de nos confrères belges. M. le Dr de Bœck, répondant à ceux qui songeaient à un Congrès de médecine mentale, a déclaré, à la séance de mars de la *Société de médecine mentale* de Belgique, que « le temps indispensable à cette organisation faisait défaut, en dehors de tout autre motif d'abstention ». La Société s'est ralliée à son opinion et a adopté une proposition de M. le Dr Cuylits demandant la nomination d'une « commission chargée de rechercher à l'Exposition ce qui serait intéressant au point de vue du traitement des aliénés, d'en rendre compte à la Société, d'en publier un rapport qui serait discuté dans une séance solenelle, suivie d'une visite faite en corps à l'Exposition ». Ceci était plus pratique et plus facilement réalisable que le Congrès international projeté à la dernière heure.

BOURNEVILLE.

(1) Voir le programme à la page 300.

Assistance chirurgicale instantanée. La Catastrophe de la rue Jean-Goujon.

Chacun connaît aujourd'hui les détails de l'effroyable catastrophe de la rue Jean-Goujon. Sans nous attarder à discuter ici la question de savoir si toutes les précautions contre l'incendie avaient été prises — quoique ces faits soient parfaitement du domaine de l'hygiène, — nous resterons sur le terrain médical. Et nous nous bornerons à relater cette phrase, qui a couru tous les journaux quotidiens: « Alors des ambulances *s'organisèrent!* » On n'aurait pas dû avoir besoin de les organiser : ce qui est une perte de temps indiscutable et irréparable en l'espèce. Elles auraient dû être tout organisées *à l'avance!* — Mais ces idées-là ne sont pas encore entrées dans l'esprit de nos Administrations. Y pénétreront-elles jamais? En attendant, les brûlés sont morts, en 1897, aussi bien qu'au temps de l'ancien Opéra-Comique! — Et l'on continue à nous traiter d'utopiste!

M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er mai. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. BOUCHARD fait l'éloge de M. MAGITOT, membre de la Société de Biologie, et le véritable fondateur de l'art dentaire envisagé dans toutes ses parties. Il rappelle les efforts faits par Magitot pour donner à la thérapeutique, restée si longtemps empirique, des affections dentaires une base anatomique et anatomo-pathologique précise, et l'importance des idées d'anatomie générale émises par lui dans ses travaux avec Ch. Robin.

M. RETTERER dépose une note de MM. SOULIÉ et VERDUN sur les *premiers développements de la thyroïde médiane*. Ces auteurs ont constaté que l'ébauche première était formée d'un bourgeon plein, unique, de l'épithélium pharyngien.

M. LINOSSIER a constaté que, dans *les cas d'hyperchlorhydrie de l'estomac*, on pouvait constater une diminution ou même une suppression de la digestion pancréatique, qui s'explique par ce fait que l'acide chlorhydrique *in vitro* détruit, même à très faibles doses, le pouvoir digestif de la trypsine pancréatique.

M. BOURQUELOT fait remarquer que les expériences de M. Linossier ont été faites avec des pancréatines du commerce, qui neuf fois sur dix n'ont pas de valeur, pas de teneur constante en trypsine. Il s'est assuré par lui-même que beaucoup sont constituées par du pancréas desséché et pulvérisé; d'autres n'ont même pas cette origine.

M. RICHET rappelle que chez les Sélaciens dont le liquide gastrique est extrêmement chargé d'acide chlorhydrique, le contenu des premières portions de l'intestin est acide, sans que pour cela l'action de la trypsine soit suspendue. Il est vrai que le pancréas de ces animaux est diffus, et paraît, par cela même, peu développé.

M. GIARD dépose une note de M. PEROT sur le *traitement du black-root.*

MM. SOUQUES et MARINESCO rapportent un cas de *lésions des cellules antérieures de la moelle épinière cervicale* à la suite d'amputation des doigts.

M. LABORDE formule une revendication de priorité de son élève M. CAMUS, qui, avant M. Dastre, a annoncé l'action de la lumière et de l'air sur les *agents oxydants de la bile*

M. FÉRÉ rapporte une observation d'*épileptique devenu hémiplégique*, chez lequel l'épilepsie restait plus marquée du côté sain et donne les détails de l'observation.

M. FÉRÉ a étudié l'*action de l'alcool et du chloroforme*

sur les œufs, en suivant l'expérience devenue classique de Cl. Bernard sur l'effet de ces substances sur les graines en germination. Il a constaté que le poulet se conduit comme l'ovule végétal et qu'on observe avec les agents indiqués un retard sensible de la germination.

MM. Déjerine et Thomas rapportent une observation de plus, tendant à élucider *le retentissement sur la moelle épinière des névrites périphériques*, qui passait inaperçu il y a quelques années par suite de l'insuffisance des méthodes et qu'il est facile de constater aujourd'hui en suivant la technique de Nissl.

Dans un cas de névrite périphérique observé par eux, ils n'ont pas trouvé de lésions cellulaires nettes, contrairement aux faits récemment observés. Mais, d'autre part, ils font observer que Goldschleider et Plateau ont observé ces lésions du cystoplasma cellulaire à leur maximum d'intensité dans les conditions d'expérimentation où les symptômes objectifs étaient absents. Ils en concluent que les désordres de la chromatine du plasma peuvent n'influencer que très peu la vitalité de la cellule.

M. Bourquelot, rappelant que les *ferments oxydants des gommes* sont décelables par des réactions colorées, par par exemple celle de la teinture de gaïac, qui, unie au bleu, met les observateurs en garde contre ce fait que des substances qui ne sont nullement des ferments, mais qui empruntent avec facilité l'oxygène de l'air pour le céder au milieu, de véritables transporteurs d'oxydéine, telles que la quinone, peuvent donner tout à fait les mêmes réactions, si elles sont naturellement en contact avec l'air ou un milieu auquel elles puissent emprunter l'oxygène.

M. G. Weiss a étudié l'*architecture des muscles*. Les fibres d'un muscle bien adapté doivent avoir une longueur proportionnelle au déplacement des extrémités, d'après les physiologistes. Or, en mesurant, ce qui est malaisé et a nécessité beaucoup de soin, la longueur des fibres de différents muscles, M. Weiss a constaté que le calcul préalable indiquait précisément la longueur de la fibre sur certains muscles, tels les adducteurs de la cuisse du chien, mais qu'il n'était pas exact partout et que l'on pouvait observer des écarts plus ou moins grands entre la théorie et le fait.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai. — Présidence de M. Caventou.

Traitement de l'appendicite.

M. Dumontpallier montre que la typhlite est restée plus fréquente qu'on ne le croit actuellement. L'appendicite et surtout l'appendicite obligeant à une intervention est beaucoup plus rare. Le vieux traitement médical, sangsues, vessie de glace, cataplasmes, donnait des résultats fort satisfaisants. Une longue série de statistiques d'origines diverses donne 93,26 0/0 de guérisons. En Suisse, sur 7.213 typhlites, 475 seulement ont nécessité l'intervention. En estimant à 5 à 10 pour cent la proportion des cas justifiables d'intervention, M. Dumontpallier croit exprimer la réalité clinique. Ces cas sont d'ailleurs les plus graves et il ne faut pas non plus méconnaître les succès que donne en pareil cas le traitement chirurgical.

Traitement des perforations spontanées de l'estomac.

Après avoir rapporté une très intéressante observation de perforation spontanée de l'estomac où la laparotomie faite par M. Mauclaire fut suivie de guérison, M. Le Dentu étudie les deux conditions fondamentales du succès dans ces accidents graves, le diagnostic précis et l'intervention hâtive. Au point de vue du diagnostic, deux signes malheureusement inconstants mais précieux quand ils existent, peuvent être considérés comme presque pathognomoniques. Ils ont, en tout cas, une grande valeur. C'est d'abord une sensation brusque de déchirure et une douleur intense dans la région qu'occupe l'estomac, douleur qui peut, tout d'abord, occasionner une syncope ou des lipothymies et qui est suivie d'une période de collapsus caractérisée par la pâleur de la face, par la petitesse et la fréquence du pouls, par des sueurs froides. C'est ensuite la disparition de la matité hépatique qui est remplacée par de la sonorité. Cette particularité est due à l'irruption, dans la cavité péritonéale, des gaz venus de l'estomac. Lorsque ces deux signes coexistent chez un malade, le diagnostic est fait. On peut hésiter sur le siège précis de la perforation, mais qu'importe, du moment que l'indication de l'intervention est assez nette? La laparotomie permet de rechercher la perforation, de la suturer ou de la tamponner suivant les cas.

Seulement il s'en faut que ces deux signes soient constants. Parfois la brusquerie de la douleur initiale fait défaut; il existe seulement une douleur sourde, profonde, dont le malade ne se plaint guère et que des recherches attentives permettent seules de reconnaître. Certains malades ne souffrent pas dans un point précis, mais bien un peu partout dans le ventre. La dissémination de la douleur est bien faite pour éloigner de l'idée qu'il s'agit d'une lésion bien limitée. D'autre part, la présence de gaz en avant et au-dessus du foie ne paraît pas absolument constante, d'après les observations. Elle peut manquer si la perforation s'est faite sur la face postérieure de l'estomac. Les gaz peuvent ne pas se répandre aussi loin, aussi superficiellement si des adhérences leur ont de suite, après ou avant la perforation, barré la route dans cette direction. Sans compter que la tympanite peut être cause du refoulement en haut du foie et du diaphragme et changer la situation de la zone hépatique.

Quand ces signes pathognomoniques manquent dans les cas les plus insidieux il reste une série d'éléments que M. Le Dentu étudie en détail, pouls, rhytme respiratoire modifié, oligurie, contracture et hypéresthésie de la paroi abdominale, facies, algidité périphérique, inquiétude du malade. D'ailleurs, en cas de doute, la règle doit être d'agir. Après avoir insisté sur la nécessité d'une intervention hâtive, M. Le Dentu donne les règles pratiques suivantes : « Pour éviter, dit-il, la diffusion des germes et aussi pour gagner du temps, je donne la préférence au nettoyage du péritoine à sec, avec des compresses aseptiques, sur les grands lavages. Je pense que la suture de la perforation devra être pratiquée aussi souvent qu'elle se montrera possible; mais si la perforation était trop difficilement accessible, mieux vaudrait tamponner la cavité péritonéale en son voisinage et établir en même temps un drainage avec un ou deux gros tubes de caoutchouc. Je repousse absolument le drainage de la perforation elle-même, comme propre à empêcher ou à retarder le rapprochement des bords de la solution de continuité. Je repousse aussi la fixation de la zone perforée à la paroi abdominale, de manière à établir une fistule stomacale, sauf le cas où la perforation siégerait au voisinage de la grande courbure de l'estomac et où la friabilité de la paroi rendrait la suture trop dangereuse. Alors le drainage du péritoine serait fait quand même à côté de la fistule. Enfin un drainage complémentaire dans la partie basse du ventre par le cul-de-sac de Douglas (Barling), ou par une ouverture sus pubienne (Bowlby), serait prudent si le petit bassin avait été trouvé rempli de liquide infectieux.

« Il me semble que par l'application rigoureuse de ces règles on obtiendra dans l'avenir une amélioration par rapport aux résultats obtenus jusqu'ici. La statistique de Michaux (1894) donne, sur 25 cas, 5 guérisons, 20 morts, soit 80 0/0. Celle de Chapt (1895), sur 27 cas, 6 guérisons et 21 morts, soit 77,77 0/0. Celles de Chapt et de Mauclaire réunies, sur 45 cas, 15 guérisons et 30 morts, soit 66.66 0/0. Celle de Houzé (1895), sur 67 cas, 20 guérisons et 47 morts, soit 70,2 0/0. Enfin celle de Pariser, sur 99 cas, 33 guérisons et 66 morts, soit 66.65 0/0. Un tiers d[illegible], c'est déjà une proportion encourageante mais [illegible] s'accentuera certainement à partir du moment [illegible] principe des opérations précoces sera appliqué [illegible]

Traitement de l'ataxie par la flexion [illegible].

M. Blondel signale ce procédé très simple d'applica-

tion. La flexion forcée maintenue cinq minutes par jour aurait amené dans deux cas sur cinq la guérison des douleurs fulgurantes et de la parésie vésicale. La flexion ne doit être faite qu'avec une certaine prudence par crainte des fractures spontanées.

Elections

MM. Lemaistre (de Limoges) et Vidal (d'Hyères) sont nommés membres correspondants nationaux (1re division).

A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 avril 1897. — Présidence de M. Debove.

Kératose cutanée d'origine blennorrhagique.

M. Chauffard expose le cas d'un jeune homme atteint de blennorrhagie avec accidents infectieux des plus graves, qui présenta des épaississements cornés à la plante des pieds et aux talons, et des cônes cornés sur le gland, les cuisses, le dos des pieds. En même temps, des arthrites graves et nombreuses survenaient sans que le liquide arthritique contînt de gonocoques. Une azoturie paroxystique très abondante se manifestait en même temps. M. Chauffard qui, comme M. Jacquet, affirme que les productions cornées sont des productions dermo-papillaires, croit que la virulence de la blennorrhagie est la cause de ces productions plus que les troubles articulaires.

Séro-diagnostic dans le choléra.

M. Achard et son interne, M. Bensaude, ont fait des recherches sur le séro-diagnostic appliqué au choléra. Ces expériences ont été faites avec du sang de cholériques envoyé par Cosmanos pacha (du Caire). Les expériences ont été concluantes et le séro-diagnostic du choléra peut être facilement pratiqué. M. Achard a examiné les selles des malades, dont on lui avait envoyé le sang et y a trouvé le vibrion cholérique. L'agglutination varie comme intensité avec les variétés nombreuses du vibrion. Certaines variétés, celle de Massaouah, par exemple, ne donne pas lieu à la réaction. M. Achard se demande s'il n'y a pas de notables différences entre le choléra indien et le choléra de Massaouah.

Origine du pigment ocre.

M. Jeanselme et M. Papillon sont d'avis que le pigment ocre provient d'une très active destruction des hématies. Ces auteurs signalent des observations où, dans des états pathologiques les plus divers, la déglobulinisation active avait amené des dépôts de pigment ocre dans les organes. Seulement, la formation de ce pigment ocre n'est pas immédiate, et il faut un certain temps pour que les résultats de la désorganisation sanguine subissent cette transformation. La conclusion du travail de M. Jeanselme est la suivante: la destruction considérable des globules rouges du sang peut avoir pour conséquence la surcharge pigmentaire des tissus.

Arthrites dans une pneumonie.

MM. Duflocq et Ledamany signalent un malade atteint de pneumonie chez lequel des arthrites à pneumocoques survinrent dans les articulations déjà frappées de rhumatisme chronique déformant.

Séance du 30 avril 1897.

Réaction du sang diabétique.

M. Marie en son nom et en celui de M. Le Goff montre les résultats obtenus sur le sang des diabétiques par des réactions indiquées par l'Américain Brenner. Ces réactions consistent à faire agir sur des lamelles recouvertes de sang, un mélange d'essence et de bleu de méthyle pure ou plus simplement du bleu de méthyle ou du rouge de Congo; après quelques minutes, les lamelles sont lavées. Si le sang est diabétique, il se décolore plus ou moins fortement, s'il ne l'est pas, il fixe énergiquement les matières colorantes. Brenner attribue cette réaction à la présence d'une substance spéciale dans le globule rouge. M. Marie a plus de tendance à admettre une modification du protoplasma des hématies. La réaction de Brenner peut être employée cliniquement sur les malades soupçonnés de coma diabétique dont on ne peut se procurer d'urine.

Examen de la perméabilité du rein.

M. Achard fait la critique des moyens employés pour juger de l'imperméabilité rénale. Il conseille comme procédé clinique le meilleur, les injections sous la peau, de bleu de méthylène (0 gr. 25). Le malade alors, urine à intervalles réguliers, et l'on peut juger de la coloration bleue de l'urine et même des traces minimes de bleu qu'elle peut contenir en la traitant par le chloroforme. Au bout d'une demi-heure, lorsque le rein est parfaitement perméable, l'urine se teinte en bleu, le maximum de l'élimination a lieu cinq heures après l'injection et cette élimination est achevée en 36 heures. Lorsque le rein ne jouit pas de sa parfaite perméabilité, il y a un retard plus ou moins considérable dans l'élimination du bleu de méthylène. M. Achard a expérimenté ce procédé sur 77 de ses malades, il a pu faire l'autopsie d'un certain nombre; il a pu ainsi diagnostiquer des altérations du rein qui ne donnaient pas lieu à l'albuminurie et différencier parmi les tuberculeux albuminuriques ceux qui avaient des lésions rénales. Sans admettre que cette méthode est très précise, il la considère comme un précieux procédé clinique.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 avril 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Péritonite à pneumocoques.

M. Jalaguier. — Dans l'observation de M. Malapert sur laquelle M. Brun a fait un rapport, il s'agissait, croit-il, d'une péritonite à pneumocoques. Il a eu l'occasion d'en voir 5 cas. Dans un, l'ouverture se fit spontanément et l'enfant guérit. Des quatre autres, l'un mourut après incision qui donna issue à des litres de pus, mais laissa deux poches oubliées. Les autres guériront. Il ne fait plus que le lavage avec l'eau salée. Quant au drainage, il le pratique avec de gros drains rigides entourés de gaze salolée ou iodoformée. Ce drainage permet de plus, si la température s'élève, de faire des lavages secondaires.

M. Gérard-Marchant. — M. Richelot a soulevé plusieurs questions. La péritonite purulente septique généralisée est-elle curable? On nous a fait remarquer que ce n'étaient souvent que des péritonites enkystées. Aussi doit-on se montrer discret dans les manœuvres qui pourraient briser les cloisons protectrices. Est-il possible de pouvoir dès maintenant distinguer la gravité de la péritonite d'après la nature du microbe qui l'anime? Il faut s'attacher à dépister les premiers symptômes qui mènent à l'intervention avant que l'infection générale de l'organisme se soit produit. Dans le cas de péritonite, c'est à la laparotomie médiane qu'il faut s'adresser. Il ne faut pas faire de lavages. On se trouvera très bien du bouchage de la cavité péritonéale à la gaze iodoformée.

M. Routier est tout à fait de l'avis de MM. Brun et Kirmisson qui, dans le cas de péritonite présentée par M. Malapert, qui a fait l'objet du rapport de M. Richelot, voyaient une péritonite à pneumocoques.

M. Nélaton cite plusieurs observations de laparotomie pour des péritonites de natures diverses.

Myxomes du bassin.

M. Berger cite une observation de cette nature et insiste sur les caractères spéciaux de cette tumeur.

M. Kirmisson fait ressortir un fait qui découle des observations de M. Berger; c'est la pédiculisation, imprévue autant que grêle, de ces tumeurs myxomateuses à l'encontre des sarcomes qui s'étalent et prennent un large plan d'implantation.

M. Legueu présente deux cas *d'occlusion intestinale par tension et par paralysie.*

P. Bazy montre des pièces ayant trait à un *anévrisme diffus inflammatoire de la tibiale postérieure; ligature: guérison.*

M. B.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE

Séance du 3 mai 1897.

Rapport sur le traitement de l'ozène.

M. Moure expose les symptômes principaux de cette affection : atrophie de la muqueuse et du tissu osseux, hypersécrétion purulente avec suites et odeur fétide spéciale. Les formes diverses du coryza atrophique sont : 1° la forme adénoïdienne, 2° la forme sinusienne, 3° la forme vésicante, 4° la forme purulente, 5° la forme atrophique. Comme traitement, on a conseillé la décortication de toute la muqueuse des cornets. On a essayé les tampons de ouate, les bougies médicamenteuses, les insufflations pulvérulentes, les irrigations, les lavages, les pulvérisations, les inhalations, le humage, les pommades, les badigeonnages, le massage vibratoire, les cautérisations au galvanocautère ou avec les caustiques chimiques, l'électricité, l'électrolyse, la sérothérapie, les injections intra-musculaires iodo-iodurés. Il ne faut pas négliger le traitement général.

M. Helme fait une objection à M. Moure à propos de son ozène à forme adénoïdienne. L'opération seule supprime l'ozène, et les malades n'ont pas d'amygdale. Quant au traitement par le sérum, celui-ci détache seulement les croûtes et ne fait pas autre chose.

M. Vacher dit que l'ozène peut être guérie au début.

M. Bonain demande si dans les ozènes dns aux tumeurs adénoïdiennes on trouve le bacille de Lœwenberg, car lui ne l'a jamais trouvé.

M. Lermoyez a dit que l'ozène est incurable ; mais il reconnaît son erreur. C'est l'ozène pileux qui donne une pseudo-guérison. Ces ozènes guéris sont-ils des ozènes ? Il y a des gens qui ont les cornets atrophiés, sans croûtes, sans fétidité, sans sécrétion : c'est l'ozène atrophique non fétide. Il existe aussi des gens à ozène fétide, sans atrophie des cornets : ce sont ces cas que l'on guérit ; mais ce ne sont pas de vrais ozènes.

M. Noquet a dit hier que dans l'ozène on peut obtenir des guérisons.

M. Lermoyez croit que l'ozène est caractérisée par un microbe que nous ne connaissons pas encore. Il a observé des malades qui, à la suite de cathétérisme ou du galvanocautère (à la suite d'une inoculation probable), ont vu se développer l'ozène par inoculation ; mais M. Lermoyez n'a pas trouvé le bacille de Lœwenberg dans les cas qu'il signale.

M. Bonain a guéri par des injections de sérum deux malades qui ont vu disparaître les croûtes et la mauvaise odeur.

M. Mouret dit que, la cause n'étant pas connue, il est difficile de formuler un traitement. L'origine sinusienne doit être écartée. L'origine microbienne n'est pas démontrée. L'ozène serait probablement une trophonévrose. L'électrolyse pourrait rendre de bons résultats avec des courants de 2 à 3 milliampères. L'auteur ne l'a pas expérimentée.

M. Molinié a observé une action bienfaisante du sérum. La muqueuse se congestionne et cette congestion persiste.

M. Moure a vu des malades porteurs de tumeurs adénoïdes ayant le coryza atrophique. On peut guérir, dit-il, le coryza atrophique typique. Quant au traitement par le sérum, M. Molinié serait le seul à avoir obtenu de bons résultats, puisque M. Gradenigo semble avoir abandonné ce procédé, pour recourir aux injections iodées.

Éclairage par contact du sinus maxillaire.

M. Escat emploie une lampe de 3 à 4 volts qu'il introduit entre la joue et le maxillaire supérieur. Dans une chambre obscure on voit le sinus éclairé. Dans un cas, où l'éclairage ordinaire n'avait donné aucun résultat, le Dr Escat a pu éclairer le sinus par son procédé.

Cas de molluscum fibrosum de l'amygdale.

M. Furet a vu une petite tumeur appendue à l'amygdale. Cette tumeur ressemblait à une luette. Sur le cou et le tronc de ce malade, il existait une trentaine de petites tumeurs qui n'étaient autres que du molluscum ordinaire.

Une variété d'abcès chronique du voile du palais.

M. Cartaz étudie dans ce travail une forme rare de suppuration chronique du voile. Il s'agit dans les deux observations qu'il publie de fistules de l'épaisseur du voile, dans le prolongement des piliers, à leur point de jonction, se dirigeant vers la luette à une profondeur variable. Un stylet glissé par l'orifice fistuleux que l'on trouve à l'union des deux piliers, antérieur et postérieur, conduit dans une petite poche de un demi à un centimètre, à parois légèrement fongueuses, d'où la pression fait sourdre un peu de pus, parfois des grumeaux caséeux, analogues à ceux que l'on retire des cryptes de l'amygdale. Les symptômes occasionnés par cette suppuration chronique sont peu importants. Les malades se plaignent de gêne plutôt que de douleur, et si l'attention n'est pas éveillée sur ce point, s'il n'existe pas de rougeur ou de légère tuméfaction du voile à ce niveau, on a tendance à rattacher les troubles accusés à de la pharyngite chronique. Quelle est l'origine de ces abcès fistuleux ? S'agit-il d'une fistule borgne consécutive à un abcès péri-amygdalien, abcès de la loge sus-amygdalienne ayant fusé du côté du voile ? Est-ce, au contraire, une inflammation propagée, de par une amygdalite, dans un diverticule congénital, vestige du deuxième sillon pharyngien, comme la loge sus-amygdalienne elle-même ? Tourtal a décrit autrefois des anomalies de ce genre, Landgraft en a publié récemment des exemples et M. Cartaz pense que les deux hypothèses, au point de vue de l'étiologie de ces abcès chroniques, peuvent être également invoquées suivant les cas.

Traitement de certaines raucités par les exercices vocaux.

M. Dieudon-Grant a observé de la raucité de la voix chez les ténors et les soprani qui essayaient d'employer le registre de poitrine plus qu'il n'est d'usage. Il faut employer le registre de tête et pencher la tête en bas, allonger les lèvres, puis fredonner à voix basse aussi doucement que possible, et enfin ouvrir la bouche et chanter les syllabes *mo*, *no* (en voix de tête). Les malades étant atteints de flaccidité des cordes vocales, sans nodule.

M. Natier dit que les premières notes qui disparaissent sont les notes élevées. Il faut éviter le coup de glotte, ne pas chanter sur *a*, mais sur *la*.

M. Lermoyez a vu deux séries de jeunes filles, dont les unes élèves d'un professeur français, ont toutes des nodules, tandis que les autres, élèves d'un professeur italien, ne présentent aucun nodule.

M. Castex dit qu'il y a deux coups de glotte : le vrai, qui rapproche les cordes vocales inférieures, tandis que le faux rapproche les cordes vocales inférieures et supérieures, avec un effort considérable.

M. Morice partage l'avis de M. Castex. Les nodules sont dus à ce que le passage se fait beaucoup trop haut.

Tuberculose laryngée nodulaire.

M. Castex a observé ces faits chez des sujets jeunes scrofuleux, qui s'enrouaient au bout de quelques minutes. Au laryngoscope, on voit chez eux des nodosités grosses comme une tête d'épingle, siégeant sur le bord libre de la corde, sur sa face supérieure ou à sa partie antérieure. La corde est un peu rosée. Ces malades ont des antécédents tuberculeux. Dans un cas, une pulvérisation au benzoate de soude a fait changer le nodule vocal en nodule tuberculeux. Il faut donc mettre le larynx au repos et ne pas faire d'attouchements.

M. Bar a vu un cas semblable chez un de nos confrères ; une ulcération s'est développée à la place du nodule.

De l'eucaïne en rhinologie.

M. Martin dit que ce médicament produit les mêmes effets que le chlorhydrate de cocaïne, sans en avoir les effets toxiques ; de plus, l'eucaïne ne rétracte pas la muqueuse.

MM. Castex et Moure préfèrent de beaucoup la cocaïne.

M. Lermoyez dit que l'eucaïne a l'avantage d'éviter les hémorragies tardives, car elles se produisent immédiatement avec l'eucaïne. B.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Congrès de 1897.

Séance du lundi 4 mai 1897.

Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires.

M. Ph. Panas. — Sous le titre d'auto-infection oculaire, M. Panas entend l'infection de l'œil ou de ses annexes par la voie de la circulation, que les germes et les toxines, voire les poisons, proviennent du dehors ou qu'il s'agisse de déchets organiques surabondants et incomplètement éliminés par les émonctoires naturels (utérus, rein, foie, tube, digestif, peau, poumon). Deux facteurs interviennent pour créer les entités morbides spontanées dont l'appareil oculaire est le siège. En premier lieu, un agent pathogène charrié par le sang; en seconde ligne, l'état constitutionnel du sujet, autrement dit le terrain. Les effets des agents infectieux sur les tissus se traduisent par des processus phlegmasiques, depuis l'œdème jusqu'à la suppuration, par des hémorragies avec ou sans thromboses intra-veineuses, ou bien encore par des hyperplasies tant bénignes que malignes. Depuis longtemps, la participation de l'œil à divers états pathologiques généraux avait été nettement établie. Les maladies dues à des agents infectieux, puisés en dehors de l'organisme et qui abordent l'œil par voie interne, sont : la syphilis, la tuberculose, la lèpre, certaines manifestations de la blennorrhagie, les fièvres pyohémiques, puerpérale ou traumatique, le typhus, la méningite cérébro-spinale, l'influenza, l'érysipèle, la diphtérie, la fièvre ourlienne, l'anémie pernicieuse, le paludisme, etc.

Parmi les poisons chimiques, l'alcool, la nicotine, le sulfure de carbone, la santonine, la quinine, d'autres encore s'attaquent à l'œil, principalement au tractus optique; de là dérivent autant de classes d'amblyopies et d'atrophies bien connues aujourd'hui. Tout foyer infectieux, situé dans une partie quelconque du corps, et pouvant agir sur l'œil d'une façon directe ou indirecte, devra être recherché avec le plus grand soin. Chez la femme, l'appareil utéro-ovarien joue un rôle prépondérant : il suffit de citer l'ophtalmie métastatique d'origine puerpérale qui constitue un prototype. Auparavant, on faisait jouer un grand rôle à la phlébite et à la lymphangite utérine, mais la propagation du processus de l'utérus à l'œil restait inexplicable. Les recherches bactériologiques ont éclairci la pathogénie de cette affection. D'une étude approfondie d'Axenfeld il résulte que l'ophtalmie purulente métastatique évolue habituellement dans les deux premières semaines de l'infection puerpérale; à de rares exceptions près, il s'agit d'une suppuration phlegmoneuse du globe qui se perfore, la phtisie de l'œil étant ici l'exception. Axenfeld admet la pénétration constante dans l'œil des microbes primitivement contenus dans le sang, le streptocoque en tête, puis le staphylocoque. Quant au pneumocoque, il n'a été rencontré qu'une seule fois par Herrnheiser. Axenfeld signale l'origine embolique des localisations oculaires; les embolies septiques émigrent surtout dans le choroïde, lorsque l'affection est unilatérale; lorsqu'elle est bilatérale, ces embolies siègent surtout dans les vaisseaux rétiniens. M. Panas relate deux faits personnels : dans un cas, on a constaté du staphylocoque et dans le second du streptocoque.

Les suppurations internes du tractus génital chez la femme provoquent plus souvent qu'on ne le croit l'ophtalmie purulente métastatique. Les mêmes particularités se retrouvent dans l'œil à propos des pyohémies chirurgicales consécutives à des traumatismes et à des opérations, sauf qu'ici on rencontre plus souvent le streptocoque. Il y a des cas où il est très difficile de préciser au lit du malade le point de départ de l'endo-infection spontanée survenant chez des sujets en apparence sains jusque-là. Chez un malade, M. Panas a vu une panophtalmie unilatérale se développer le lendemain d'un trajet en impériale d'omnibus, des Ternes à la Bastille, par un temps de forte gelée; le pus intraoculaire renfermait des staphylocoques, mais on ne put préciser la porte d'entrée.

Diverses affections médicales s'attaquent aux deux sexes telles que l'influenza, la méningite cérébro-spinale, le typhus, plus rarement la variole et l'érysipèle, et donnent lieu à des ophtalmies métastatiques mitigées, unilatérales ou bilatérales. Ici, l'affection revêt fréquemment la forme d'une rétino-hyalite infectieuse, souvent accompagnée d'apoplexies rétiniennes et aboutit sans trop de réaction ni de douleur, au décollement de la rétine et à attrophie du globe. Cette forme fut décrite pour la première fois par Roth sous le nom significatif de rétinite septique. Lors de la grande épidémie d'influenza à Paris en 1892, M. Panas a assisté à l'évolution d'une semblable hyalo-rétinite terminée par atrophie du globe, chez un adulte atteint de pneumonie double. Il est impossible de dire si, dans ces formes subaiguës, il s'agit de microbes atténués ou des toxines qui en dérivent. La difficulté vient de ce que l'absence de microbes pathogènes dans la circulation générale et même dans l'œil infecté, alors qu'on les y recherche tardivement, ne prouve pas nécessairement qu'il n'y en ait pas eu à un moment donné. Dans un cas de Herrnheiser et dans un autre étudié par Haushalter, c'est le pneumocoque qui a été constaté.

Le rapporteur pense que les iritis, les choroïdites, les rétinites, tant plastiques que séreuses, ainsi que les hemorragies diffuses intra-oculaires, peuvent tenir à des intoxications microbiennes venues d'organes plus ou moins éloignés. Lorsqu'on se livre à l'examen des malades à ce point de vue particulier, on ne tarde pas à découvrir qu'il s'agit de dyspeptiques endurcis, de constipés, de femmes chlorotiques, dysménorrhéiques, leucorrhéiques ou en pleine ménopause, conditions qui toutes créent autant d'infections par des toxines organiques déversées dans le sang; la grossesse elle-même rentre dans ce cadre. Les troubles sécrétoires des glandes y contribuent pour une large part. Enfin, les fièvres éruptives, l'impaludisme, la dysenterie, etc., en dehors de leurs effets délétères immédiats, laissent subsister des modalités pathologiques dans la vie cellulaire, d'où dérivent, après un temps plus ou moins long, des auto-intoxications.

Divers types de chorio-rétinites maculaires peuvent être rattachés à des endo-infections, dérivant de la syphilis tant acquise que congénitale, aussi bien que de la ménopause, de l'albuminurie intermittente ou de la glycosurie de même ordre, et qui, le plus souvent, sont d'origine toxique. Dans les rétinites albuminuriques, glycosuriques et leucémiques vraies, les toxines et les microbes peuvent intervenir à leur tour. Ne sait-on pas que certaines substances, telles que la naphtaline et le menthol, administrées à des lapins par le tube digestif, déterminent des lésions rétiniennes, rappelant celles de la rétinite albuminurique? De leur côté, l'alcool, le tabac, le plomb, le sulfure de carbone s'attaquent de préférence au nerf optique et à l'encéphale. Il n'y a dès lors aucune témérité à admettre que diverses toxines contenues dans le sang puissent agir de même: M. Panas cite, à l'appui, une observation de double neuro-rétinite consécutive à la rougeole.

La tuberculose peut atteindre le segment antérieur ou postérieure du globe oculaire. Dans le segment antérieur, elle affecte surtout la forme caséeuse; du côté de la choroïde et de la rétine, on observe plus fréquemment la tuberculose aiguë coïncidant avec celle des méninges. L'endo-infection tuberculeuse n'exerce son action sur la cornée que d'une façon indirecte, par l'intermédiaire du tractus uvéal qui en est le siège de prédilection. D'après des observations récentes, bien des kératites interstitielles réputées hérédo-syphilitiques, semblent reconnaître l'origine tuberculeuse.

La lèpre s'attaque également à l'œil et son siège de prédilection est le corps ciliaire de l'iris, d'où elle envahit le limbe cornéen. Comme en cet endroit il existe un double courant endosmotique et exosmotique, on conçoit que les bacilles et les virus s'y fixent de préférence.

Une source commune d'infection dérive des muqueuses, entre autres de celles des voies génitales dans les deux sexes. On sait aujourd'hui que l'infeotion gonococcique agit à distance sur les séreuses, les muqueuses, la conjonctive, le nerf optique, ainsi que sur l'iris et la choroïde. Une autre localisation du virus gonorrhéique se rencontre du côté des glandes lacrymales; il en résulte des dacryoadénites aiguës ou chroniques, analogues à celles que l'on observe dans le cours des oreillons, avec ou sans engorgement des glandes sous-maxillaires et des testicules.

En dehors des deux adénites ourliennes et blennorrhagiques,

il faut citer par ordre de fréquence la dacryoadénique rubéolique, puis celle qui est consécutive à l'influenza. La flore microbienne qu'hébergent le naso-pharynx et les sinus craniofaciaux qui en dépendent, constitue une source très commune de maladies infectieuses de l'appareil oculaire : leur nombre ira en grandissant, à mesure que l'on apprendra à les mieux connaître.

L'ozène joue le principal rôle, et on observe assez souvent des iritis et des chorio-rétinites qui en dépendent. L'ozène peut encore provoquer du côté de l'orbite des phlegmons ou des périostites : les microbes et les toxines agissent par métastase, en suivant les voies lymphatiques et sanguines, qui vont d'une cavité à l'autre. La métastase naso-orbitaire peut d'ailleurs se traduire autrement, par l'apparition d'une masse sarcomateuse dans cette dernière région.

En ce qui concerne le nerf optique, l'infection d'origine nasale agit de différentes façons : le plus souvent, il s'agit de sinusite infectieuse, particulièrement de celle du sinus sphénoïdal, entraînant l'inflammation puis l'atrophie du nerf optique ; certaines inflammations ethmoïdales agissent de même. Le mode de propagation est variable : tantôt il s'agit de phlegmon orbitaire, tantôt de méningite basilaire. Le pharynx constitue un autre point de départ d'infection oculaire : il suffira de rappeler la paralysie accommodative d'origine diphtérique, et celle de certains nerfs moteurs extrinsèques du globe, de même origine.

Chez un malade, M. Panas a vu une inflammation gangréneuse de l'une des amygdales, provoquer une double thrombophlébite orbitaire. Les suppurations de l'oreille moyenne peuvent aussi d'ailleurs donner naissance à cette affection. Il en est de même de la furonculose de la face, particulièrement celle des lèvres, du front et des paupières. Le plus souvent, il s'agit alors d'infection staphylococcique.

Passant à l'étude de l'ophtalmie sympathique, M. Panas démontre, par quelques expériences sur les lapins, que les microbes, injectés dans la circulation générale, pénètrent plus facilement dans un œil irrité ou congestionné que dans un œil sain. Dans l'ophtalmie sympathique, l'œil primitivement atteint agirait sur son congénère par la voie des vaso-moteurs et le prédisposerait de cette manière, à une localisation infectieuse au cours d'une toxhémie. Ainsi s'expliqueraient les deux variétés d'ophtalmie sympahtique : l'une où les troubles sympathiques sont purement fonctionnels, l'autre où les troubles sympathiques s'accompagnent de lésions organiques; dans cette dernière seule, l'endo-infection interviendrait.

M. Trousseau. — Dans son rapport sur le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires, M. le Pr Panas nous a donné d'utiles renseignements et une parfaite vue d'ensemble sur l'état actuel de cette importante question. J'ai une personnelle satisfaction à constater le chemin parcouru depuis l'époque déjà éloignée (1886 à 1890) où j'invoquais presque timidement l'auto-infection comme cause probable de troubles oculaires dont la pathogénie paraissait alors obscure.

C'est, en effet, en 1887, que, cherchant à expliquer l'apparition des rétinites hémorragiques qui surviennent sans albuminurie confirmée, precédant néanmoins la constatation de l'albumine dans l'urine, j'affirmais que les rétinites n'étaient qu'un symptôme de l empoisonnement lent dont était victime le sujet, qu'elles n'étaient donc pas liées à la présence de l'albumine dans l'urine, mais devaient être rattachées à une intoxication occasionnée par la rétention dans le sang des produits de désassimilation et des divers poisons engendrés par l'organisme lui-même.

C'est en 1890 que je publiai une observation d'iritis cataméniale accompagne d hypopion où je démontrai l'origine infectieuse de la maladie et le rôle spécial de la cavité utérine. A l'heure actuelle, c'est grâce à la théorie de l'auto-intoxication que nous pouvons comprendre la raison d'être des iritis qui accompagnent l'apparition des règles, l'aggravation de presque toutes les maladies oculaires de la femme au moment des époques et aussi la genèse des choroïdites de la ménopause.

Lorsqu'en 1886 je publiai un fait de conjonctivite blennorrhagique sans inoculation, j'invoquais également l'origine infectieuse, et j'ai la satisfaction de constater que M. le Pr Panas admet aujourd'hui l'existence de cette conjonctivite que beaucoup croyaient chimériques malgré les affirmations de Ricord, Fournier, Hattenchoff, Armaignac, malgré les siennes. Aujourd'hui le rôle de la blennorrhagie est merveilleusement établi comme générateur d'iritis et d'irido-choroïdites, voire même de certaines rétinites qu'on peut qualifier, sans crainte, de blennorrhagiques après la récente observation de R. Hilbert, lequel eut à soigner un malade de 29 ans, qui, à chaque poussée de blennorrhagie, eut une poussée de rétinite sérieuse disparaissant avant la chaude-pisse.

En 1889, dans les *Archives d Ophtalmologie*, j'avais insisté sur le rôle de l'ozène déterminant, *sans altérations des voies lacrymales*, des ulcères infectieux de la cornée ; ce rôle nocif de l'affection nasale s'est largement étendu, et M. le Pr Panas montre, à juste titre, son importance. Les études très poussées, longtemps poursuivies, que j'ai faites sur la kératite interstitielle, je parle de la vraie, de celle si bien décrite par Hutchinson, me la fait encore considérer comme d'origine syphilitique, malgré les travaux de V. Hippel, de Pflueger. M. Panas pense qu'elle peut être souvent imputable à la tuberculose, et je ne puis m'empêcher de rapporter le fait suivant. Il y a trois ans, un enfant de sept ans, atteint d'une double kératite interstitielle, m'était conduit. L'enfant, au dire du médecin qui l'accompagnait, était un tuberculeux avéré, il avait des lésions cutanées, une tumeur blanche, un état comateux habituel, voir même un debut de méningite. Un oculiste des plus compétents, consulté avant moi, avait affirmé la nature tuberculeuse des lésions cornéennes. Je n'acceptai pas ce diagnostic, et j'eus l'immense satisfaction de voir disparaître tumeur blanche, méningite, etc., sous l'influence d'un traitement mercuriel intensif. Depuis, la santé du petit malade est restée parfaite. Il ne faut pas oublier que les phénomènes méningitiques, que les hyarthroses, sont cortège habituel de la syphilis héréditaire, qu'on ne saurait trop étudier dans toutes ses modalités avant d'affirmer ou d'infirmer son existence.

J'ai, en 1894, dans les *Annales d'Oculistique*, insisté sur l'importance des auto-intoxications d'origine gastro-intestinale, comme causes des iritis, des sclérites d'origine douteuse, montrant encore que, chez les goutteux, les rhumatisants, si la diathèse prédisposait à l'éclosion des accidents oculaires, la cause déterminante de ceux-ci devait être recherchée dans l'état des voies digestives. Les accidents urinaires toxiques ne sont pas sans amener des troubles oculaires; je n'en veux pour preuve que l'intéressante observation qu'a publiée M. Brun dans la *Presse médicale* du 30 décembre 1893, et celle, très convaincante, qui m'est personnelle, d'irido-choroïdite purulente, suivie d'atrophie du globe, succédant nettement à un tathétérisme mal fait chez un homme de soixante-six ans, atteint, depuis près de trente ans, de catarrhe de la vessie et de rétrécissement de l'uretre. En résumé, les conséquences *oculaires* de l'auto-infection sont innombrables; dans les cas à origine douteuse, elle sera toujours recherchée; mais devra-t-elle être, à chaque instant, invoquée sans plus, pour expliquer tous les phénomènes, toutes les réactions qui nous échappent à première vue? Ce serait là, je crois, faire un singulier abus d'une théorie un peu trop séduisante par sa simplicité.

(*A suivre*). Kœnig.

Banquet Richelot. — Ce banquet aura lieu ce soir, samedi 8 mai, à 7 heures 1/2, sous la présidence de M. le Pr Guyon, au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Elysées.

Monument Grisolle a Fréjus. — La commission municipale de Frejus, pour le monument Grisolle, se compose de MM. S. Decuers, maire, et Faroul, adjoint, Drs Roquemaure, Mireur et Coccoz; M. Jullien.— On hesite sur l'endroit ou sera placee la statue. Le maire prefere la place du Marché, sur laquelle s'ouvre la maison Grisolle; d autres pensent qu'elle serait moins écrasee et plus en vedette sur le Cours, qui recevrait à cette occasion le nom de *Cours Grisolle*. Il y aurait un moyen de tout concilier . ce serait de choisir le Cours, ombrage de vieux platanes, pour y elever le monument et de placer, sur la maison de la famille Grisolle, une plaque commemorative. M. B.

Charlatan malade. — On mande de Wœrishofen (Bavière) que le celèbre cure Kneipp, inventeur d'un systeme de therapeutique par l'eau, est tres gravement malade d'une inflammation des poumons. L'abbé Kneipp a soixante-seize ans.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : Dr P. BONCOUR.

I. — Étiologie et pathogénie du rachitisme; par M. le Dr MARFAN, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté. — *Revue des maladies de l'enfance*, mai 1896.

I. — Devant le grand nombre d'opinions exprimées au sujet des causes et de la pathogénie du rachitisme, M. le Dr Marfan, dont la haute compétence en matière de pathologie infantile est bien connue, établit nettement son opinion à ce sujet. On attribue communément à la lésion rachitique comme caractère essentiel l'insuffisance de la calcification osseuse, ce qui amènerait secondairement un arrêt dans le développement de l'os. Or, étant donné les recherches de Kassowitz, l'opinion de M. Marfan est que la lésion rachitique de l'os n'est pas seulement caractérisée par un développement entravé et dévié; il y a nettement inflammation. Il faudrait donc regarder les lésions du rachitisme comme une sorte d'ostéite prenant un aspect spécial en raison de la période d'accroissement auquel est soumis le porteur de la lésion. La fréquence du rachitisme varie suivant les climats, les races, les altitudes. L'hérédité ne peut être invoquée. Une cause prédisposante certaine dépend de la vie de l'enfant dans des lieux manquant d'air, dans les endroits humides. La cause directe du rachitisme est l'alimentation vicieuse. L'allaitement artificiel, fréquemment incriminé, sera un facteur important si le lait est de mauvaise nature, mal stérilisé, insuffisamment coupé, donné trop abondamment ou sans discernement. Le sevrage prématuré n'est pas moins dangereux. Elevé au sein, l'enfant peut néanmoins devenir rachitique s'il y a suralimentation. L'auteur passe ensuite en revue les différentes théories invoquées pour expliquer la nature intime du rachitisme.

Une théorie qu'on peut appeler chimique se base sur la décalcification de l'os. Trois alternatives peuvent se présenter :

1° Il y a un apport insuffisant de sels calcaires dans les aliments ingérés. 2° Les sels calcaires ingérés sont insuffisamment assimilés. 3° Après leur ingestion les éléments calcaires subissent une désassimilation excessive. Le premier cas est impossible chimiquement parlant : une alimentation plus calcaire que l'alimentation habituelle peut s'accompagner de rachitisme. La clinique confirme ce fait, puisque les préparations de chaux qu'on administre sont loin de guérir la maladie rachitique. Malgré les expériences, les faits invoqués, la preuve de l'insuffisance de l'assimilation n'est pas faite.

La décalcification de l'os a rassemblé plus d'adhérents. Elle est surtout expliquée par l'action de l'acide lactique produit en excès dans le tube digestif. M. Marfan étudie les arguments les uns après les autres et conclut que cette théorie manque de bases solides. La théorie la plus vraisemblable rattache la maladie à une gastro-entérite chronique. On retrouve, il est vrai, une alimentation défectueuse au commencement de tous les états rachitiques, mais il y a avant production de troubles digestifs. Les objections à cette façon de voir sont réfutées par M. Marfan. La marche des événements est facile à comprendre : alimentation mauvaise, troubles gastriques, gastro-entérite chronique, fermentations anormales produites dans le tube digestif, d'où naissance d'un poison agissant sur l'os et déterminant une ostéite. Faut-il remplacer cette intoxication par l'action d'un agent infectieux? Les expériences de Mircoli, de Kassowitz, de Hagenbach ne peuvent que donner des hypothèses. De même la théorie de Parrot rattachant le rachitisme à l'hérédo-syphilis est inadmissible. Les rachitiques ne sont pas tous syphilitiques; et inversement, étant donné tous les faits de syphilis, le rachitisme semble rare. Naturellement la syphilis, prédisposant à des troubles gastriques, peut entrer en ligne de compte. Les conclusions de M. Marfan sont bien nettes. La lésion est caractérisée anatomiquement par une ostéite. L'ostéite, facile à produire sur un os à l'état de développement, est causée par un poison ou un parasite. La source de l'agent se trouve dans le tube digestif.

II. De l'hypertrophie cardiaque de croissance; par le Dr ROMME (Revue générale). — *Revue des maladies de l'enfance*, avril 1896.

II. — L'auteur commence par passer en revue toutes les conditions dans lesquelles on a l'habitude de rencontrer le syndrome qui constitue la maladie. C'est d'abord un accroissement anticipé et exagéré du cœur qui précède sous ce rapport le reste de l'organisme. Ou bien le volume de l'organe subit un accroissement secondaire pour subvenir aux besoins de l'organisme dont le développement a subi une poussée rapide. Les deux façons d'envisager la maladie sont dues à Germain Sée. Huchard rattache l'hypertrophie de croissance à une tuberculose latente, à une dyspepsie, à une déformation du thorax ou à un réflexe parti des parties sexuelles. L'auteur réfute ensuite toutes ces théories en s'appuyant sur le simple raisonnement ou sur l'autorité de M. Potain. A la suite des recherches faites par MM. Potain et Vaquez, il est permis de penser que la croissance n'exerce aucune influence sur le cœur ou plutôt que le cœur augmente de volume restant en rapport avec l'accroissement des autres organes. De plus le syndrome qui accompagnerait l'hypertrophie (dyspnée et céphalalgie) existe rarement en entier, et dans nombre de cas où l'existence de palpitations, de bouffées de chaleur, de souffles cardiaques paraissaient légitimer l'hypertrophie, la percussion n'a dénoté aucune hypertrophie. On ne peut davantage regarder comme une hypertrophie de croissance celle qui est liée à une déformation thoracique ou à une maladie générale.

L'hypertrophie due au surmenage ne ressortit pas non plus à cette variété. La théorie qui établit que la croissance corporelle suivant son cours régulier, le muscle cardiaque s'est accru outre mesure selon des lois régulières et s'est préparé d'avance à un travail mécanique qu'il ne fournira que plus tard, est discutable. M. Romme écrit à ce propos: « Il faut se représenter par conséquent un jeune garçon dont le cœur, doué d'une sorte d'intuition qui lui fait prévoir le travail à fournir ultérieurement, a l'heureuse idée de s'hypertrophier d'avance comme cela très tranquillement. Cette conception jure un peu avec nos idées actuelles. » En somme, l'auteur en arrive à cette conclusion, qui ne sera certainement pas adoptée par tout le monde dans son entière rigueur, qu'il ne reste rien de l'hypertrophie dite de croissance. Si à la période de croissance on rencontre une hypertrophie du cœur, elle tient à des causes autres que la croissance.

III. — Cyphoses rachitiques et de l'adolescence. Leur diagnostic avec le mal de Pott; par M. DELMOND-BÉBET, interne des hôpitaux. — (*Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1896.

III. L'auteur, qui est à même d'étudier les questions concernant les lésions de la colonne vertébrale, puisque ce travail est fait à l'hôpital maritime de Berck, insiste sur la nécessité et la difficulté de faire des diagnostics précis.

Le traitement est tellement différent dans les deux cas de cyphose rachitique et de mal de Pott qu'il insiste avec détail sur ce qui se rapporte à chacune de ses affections.

Dans cette étude on trouve un certain nombre d'observations qui servent de type et d'où les conclusions diagnostiques sont tirées et commentées.

Sans se préoccuper des caractères de la cyphose, le premier soin doit être de rechercher les signes propres à chacune des maladies causales. Dans le rachitisme les déformations des membres, les courbures diaphysaires, les malformations du crâne sont facilement visibles. Le mal de Pott est généralement précédé ou accompagné de stigmates tuberculeux. Néanmoins il faut se souvenir qu'un enfant peut être rachitique et tuberculeux. De même la cyphose essentielle se présente le plus souvent à l'âge de la puberté, tandis que le mal de Pott se déclare à un âge moins avancé : il faut aussi se souvenir qu'un mal de Pott a été constaté à l'âge de la puberté. L'examen méthodique de la difformité tranche la difficulté.

La forme de la difformité rachitique est allongée, arrondie, à grande courbure. Le mal de Pott se manifeste par une gibbosité anguleuse, pointue.

La mobilité du rachis est importante à rechercher. Dans le mal de Pott elle est nulle, dans la cyphose rachitique elle est conservée. M. Delmond-Bébet insiste sur la façon clinique de s'en assurer : mouvements provoqués par le médecin dans tous les sens, mouvements qu'on fait exécuter au malade, tout doit être employé. La douleur n'existe que dans le mal de Pott. L'auteur termine en déclarant l'inutilité de l'immobilisation dans la cyphose rachitique et des adolescents. L'enfant con-

tinue à marcher et à l'hôpital de Berck on en a vu qui, immobilisés antérieurement, ont été soumis à un tout autre traitement avec un parfait bénéfice.

CORRESPONDANCE

L'Enquête médico-psychologique.

Paris, le 26 avril 1897.

A M. le Rédacteur en chef du *Progrès Médical*,

Mon cher Confrère,

Je lis dans le *Progrès Médical* la petite note que vous avez récemment consacrée à mon enquête Médico-Psychologique. Permettez-moi de vous dire que certains de ces renseignements, que vous avez puisés dans la presse politique, sont quelque peu fantaisistes. Il est fait mention de refus de personnes à qui je n'ai rien demandé; il est dit, par exemple, que Mme Jane Hading se serait prêtée à mes expériences, puis se serait dérobée. Pour vous permettre et permettre en même temps à mes confrères d'apprécier le crédit que nous devons accorder aux informations de la grande presse, je vais vous narrer en quelques mots l'histoire de mon enquête sur Mme Jane Hading.

Il y a quelque temps, M Octave Mirbeau écrivit un jour, au cours d'une de ses chroniques : « Tenez, le Dr Toulouse, avec qui je déjeûnais ce matin, chez Jane Hading, dont il est en train de prendre toutes les mensurations..... — Il ne s'embête pas, hein! le docteur; est-il assez malin, ce diable d'homme. — Eh bien! le Dr Toulouse me disait : « Pas de mentalité, pas de « thermo-mentalité, les Norvégiens....., qu'est-ce qu'ils peu« vent savoir, qu'est-ce qu'ils peuvent penser, puisqu'ils sont, « tout le temps, dans les glaces et sous la neige? Et il nous « racontait qu'il avait pris la température d'un auteur drama« tique de la Norvège..... 35° au-dessous de zéro, mon cher. »

Cette amusante plaisanterie fut prise au sérieux par un grave journal de Londres, qui annonça à ses lecteurs qu'un des nouveaux sujets du Dr Toulouse était Mme Jane Hading. La nouvelle revint en France, par la voie d'un journal de Paris. Puis les événements imaginaires marchèrent, et j'appris un matin que j'avais dû abandonner Mme Jane Hading pour des raisons sur lesquelles tout le monde n'était pas d'accord, les uns disant que l'excellente artiste était surmenée par les répétitions, d'autres déclarant que c était moi qui avais abandonné la partie, — ce qui aurait été peu galant, vous en conviendrez.

Donc, mon cher Confrère, je n'ai jamais entrepris Mme Jane Hading, je ne lui ai jamais demandé à faire une enquête sur sa personnalité artistique, et je n'ai même jamais eu l'honneur ni le plaisir de dîner chez elle et de m'y rencontrer avec M. Octave Mirbeau; — et cependant cinquante journaux ont annoncé cette incursion de mes travaux dans le monde artistique. Si je démens aujourd'hui, dans un périodique médical, ce fait entre dix autres également faux, c'est pour apporter à mes confrères une petite observation qui puisse les mettre en garde contre tous les racontars plus ou moins étranges qui ont circulé et circulent encore sur mes recherches.

Ce qui est vrai, et ce que je puis dire, c'est que mon enquête se poursuit dans le travail et que ma seconde observation sera un exemple de critique scientifique des beaux-arts, telle que j'en ai établi la théorie dans ma dernière communication à la Société Médico-Psychologique.

Veuillez agréez, avec mes remerciements, l'hommage de mes sentiments les plus dévoués.

Ed. TOULOUSE.

XIIe Congrès international de Médecine de Moscou.

Monsieur le Directeur et très honoré Confrère,

Dans le numéro 15 du *Progrès médical*, comme du reste dans d'autres journaux de Médecine, se trouve une erreur concernant l'excursion au Caucase qui va être organisée, après la clôture du XIIe Congrès de Médecine, grâce à l'initiative de M. Kerbitz, directeur du chemin de fer de Vladicaucase. Cette excursion *n'est pas gratuite*; les participants auront à payer à peu près 150 francs, les *repas non compris*.

L'autorisation du voyage gratuit de la frontière russe à Moscou et retour accordée aux membres du prochain Congrès international de Médecine, a créé certaines complications, nécessité des changements de sorte que pour le moment nous ne sommes pas en état de répondre d'une manière précise à plusieurs questions pratiques, qui intéressent nos confrères ayant l'intention de prendre part aux travaux de notre Congrès. Aussitôt que tous les détails concernant le voyage, les excursions, logements, fêtes, etc., seront fixés, le Comité exécutif les portera à la connaissance du monde médical.

Agréez, Monsieur le Directeur, l'assurance de la plus haute considération.

W. ROTH,
Secrétaire général du XIIe Congrès international de Médecine.

P. S. — Nous prions instamment tous les journaux ayant annoncé que l'excursion au Caucase est gratuite de bien vouloir rectifier cette erreur.

BIBLIOGRAPHIE

La Prostitution clandestine à Paris; par COMMENGE. — Reinwald, 1897.

C'est bien, en effet, comme l'indique son sous-titre, un chapitre d'hygiène sociale que vient d'écrire M. Commenge, et un chapitre intéressant. C'est l'histoire de la prostitution clandestine à Paris et elle est curieuse. Après nous avoir initiés aux causes de la prostitution et nous avoir fait faire connaissance avec les clientes insoumises du dispensaire de salubrité, M. Commenge nous montre comment, de gré ou de force, elles y sont amenées, comment fonctionne ce dispensaire, antichambre de Saint-Lazare, ce qu'on y voit comme accidents syphilitiques ou simplement vénériens et ce que deviennent enfin ces insoumises à leur sortie de Saint-Lazare. C'est un intéressant chapitre, encore que l'odyssée de ces insoumises, souvent mineures et dont quelques-unes cherchent à se relever, tandis que la plupart sont tombées pour toujours. Conclusion : ces femmes font, sciemment, beaucoup de mal; on doit donc les mettre dans l'impossibilité de nuire. J'ai examiné, dit l'auteur, d'autre part, les opinions des partisans de la liberté de la prostitution; j'ai discuté leurs arguments; je crois avoir démontré la fausseté de leur thèse. Il faut poursuivre, avec la plus grande rigueur, la prostitution clandestine; l'inscription doit être obligatoire. P. RAYMOND.

Œuvres complètes de Sperk; Syphilis, Prostitution. — Doin, 1896.

C'est une pieuse pensée qui a conduit MM. Oelsnitz (de Nice) et de Kervilly (de Paris) à nous donner la traduction des œuvres complètes de Sperk. La somme de travail qu'a fournie ce médecin distingué dans une carrière terminée prématurément est considérable. En ce qui concerne la syphilis, de nombreux et variés problèmes ont été abordés par lui et résolus dans un esprit tout personnel. Tels sont, par exemple, les chapitres sur la syphilis dans la Sibérie orientale, sur la propagation de la syphilis dans la région de l'Amour; sur la signification des syphiloïdes dans la doctrine de la syphilis; sur le régime diététique des syphilitiques, exposé fort bien fait et auquel on ne trouverait certes rien à ajouter ni à reprendre. Le premier volume comprend les travaux de l'auteur pendant son séjour en Sibérie; le deuxième renferme en une suite d'articles les observations de Sperk, syphiligraphe à Saint-Pétersbourg. Nous trouvons sur les maladies vénériennes dans cette ville d'intéressants renseignements. Signalons encore dans le deuxième volume les importants chapitres de la transmission de la syphilis par la vaccination et les rapports de la syphilis avec le mariage, qui témoignent de la multiplicité des questions soulevées par un esprit sans cesse en éveil et dont on doit regretter de n'avoir pas eu toute la mesure. Paul RAYMOND.

UNE CONSULTATION CELÈBRE. — L'état de santé du shah de de Perse, Mozaffer ed Dine, laisse beaucoup à désirer. Une consultation de medecins a eu lieu, à laquelle assistaient les Drs Tholozan (Français), Vishrurt (Américain), Bas l (Arménien), Müller (Allemand), Odling (Anglais). Une diète tres severe a été ordonnée au shah, et, en outre, le sejour ultérieur dans une ville d'eau européenne.

VARIA

XIIe Congrès international de Médecine.

Moscou, 7-14 (19-26) Août 1897.

Section des maladies nerveuses et mentales.

Comité d'organisation. — Les gérants: Prs A. Kojevnikoff, S. Korsakoff, W. Roth (Moscou). — Membres: Prs J. Anfimow (Karkow) W. Bechterew (Saint-Pétersbourg), L. Darkschewitch (Kazan), P. Kowalewski (Varsovie), Académicien J. Mierzeiewski (Saint-Pétersbourg), Motschutkowski (Saint-Pétersbourg). J. Orchanski (Karkow), N. Popow (Kazan), M. Popow (Tomsk), Runeberg (Helsingsfors), Sölan (Helsingfors), I. Sikorski (Kiew), V. Tschirch (Juriew), Stcherback (Varsovie). — Secrétaires: Privat-docent L. Minor (Moscou), Privat-docent W. Serbski (Moscou).

Programme préliminaire.

A. *Maladies nerveuses.* — Thèmes de programme: 1. *Pathologie de la cellule nerveuse (Anatomie fine et lésions pathologiques).* Rapport prévu: V. Gehuchten (de Louvain): « L'anatomie fine de la cellule nerveuse ».

Communications annoncées: Pr Ch. Dana (de New-York): « The Pathology of acute Alcoolism and alcoolic Oedem of the Brain with special Reference to Changes in the Nerve Cells ». Pr Ira van Gieson (de New-York): « Normal and pathological Cytology of the Ganglion Cells »

2. *Pathogénie et anatomie pathologique de la syringomyélie.* Rapports prévus: Pr Fr. Schultze (de Bonn): « Pathogenese der Syringomyelie » Priv. docent Dr. H. Schlesinger (de Wien): « Ueber einige Kapitel aus der Pathogenese und der pathologischen Anatomie der Syringomyelie ». Communications annoncées: Priv.-docent L. Minor (de Moskau): « Klinische und anatomische Beobachtungen über traumatische Affectionen des Rückenmarkes, centrale Haematomyelie und centrale Höhlenbildung ».

3. *Pathogénie et traitement du tabes dorsalis* Rapports prévus: Pr H. Obersteiner (de Wien): « Die Pathogenese und das Wesen der Tabes. Pr Pierret de (Lyon): « La pathogénie du tabes en y comprenant ses localisations cérébrales ». Pr W. Erb (de Heidelberg): « Ueber die Therapie der Tabes». Pr J. Grasset de (Montpellier): « Le traitement du Tabes ».

Communications annoncées: Dr Althaus (de London): « Pathogenesis and Treatment of Tabes ». Pr. M. Benedikt (de Wien): « Die Theorie der Tabes dorsualis ». Pr L. Darkschewitsch (de Kasan) « Ueber die Natur der Rückenmarksveränderung bei Tabes ». Pr Borgherini (de Padoue): « Quelques observations sur l'étiologie et la pathogénie du tabes ». Pr Eulenburg (de Berlin): « Ueber die Behandlung der Tabes ». Pr Benedikt (de Wien): « Blutige Nerwendeihnung bei Tabes ». Dr Frenkel (de Heiden): Behandlung der tabischen Ataxie ». Dr A. Raichline de (Paris): Quelques considérations sur le traitement du tabes dorsalis. Indications et contre-indications ». Dr R. Hirschberg (de Paris): 1. « Sur le tabes dorsal juvénile ». 2. Sur une forme réputée rare du tabes dorsal ». Outre les trois thèmes de programme énumérés ci-dessus, la question suivante, qui en fait également partie, sera discutée dans une séance, que tiendront en commun les sections des maladies nerveuses et de chirurgie.

Traitement opératoire des maladies du cerveau. Nous indiquons ci-dessous les travaux qui seront présentés par les adhérents de notre section. Rapport prévu: Pr H. Oppenheim (de Berlin): « Ueber die durch Fehldiagnosen bedingten Misserfolge der Hirnchirurgie ».

Communications annoncées: Pr B. Sachs (de New-York): « Surgical Treatment of Epilepsy ». Dr A. Voisin (de Paris): « Un cas d'épilepsie Jacksonienne traité avec succès par la craniectomie ».

Communications annoncées sur d'autres thèmes: Pr Cesare Lombroso (de Turin): « Les nouvelles formes des épilepsies ». Pr B. Sachs (de New-York): « Hereditary spinal Affections ». Dr A. Raichline (de Paris): « Communication sur un sujet de neuropathologie clinique ». Pr J. Crocq (de Bruxelles): « Un nouveau symptôme des maladies du cerveau ». Priv.-Docent A. Korniloff (de Moskau): « Thema vorbehalten ». Dr Polst (de Riga): « Ueber die Anstaltsbehandlung der Neurosen ». Dr Alex. Robertson (de Glasgow): « Some newer Methods of Treatment in Diseases of the Central Nervous System ».

B. *Maladies mentales.* — Thèmes de programme. 1 *Obsessions et idées fixes.* Rapports prévus: Pr Pitres (de Bordeaux): et Dr Régis (de Bordeaux): « La séméiologie des obsessions et idées fixes ».

Communications annoncées: James Shaw, M. D. (de Liverpool): « The Pathogenesis and differenciation of Verbal Obsessions and Pseudohallucinations ».

2. *Pathogénie de la paralysie générale des aliénés; délimitation de cette maladie des formes morbides voisines.* Rapports prévus: Pr Otto Binswanger (de Jena): « Die Pathogenese und Abgrenzung der progressiven Paralyse der Irren von verwandten Formen psychischer Erkrankungen ».

Communications annoncées: Dr J. Althaus (de London) « Delimitation of general Paralysis ». Pr Homèn (de Helsingfors): « Nouvelles contributions sur une singulière maladie de famille sous forme de démence progressive ». Priv.-Docent W. Muratow (de Moskau): « Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralyse der Irren ».

3. *L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec les maladies mentales et la médecine légale.* Rapports prévus: Pr Bernheim (de Nancy): « L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale et les maladies mentales ».

Communications annoncées: Priv.-Docent A. Tokarski (de Moscou): « De l'application de l'hypnotisme et de la suggestion au traitement des maladies mentales ». Dr Alex. Robertson (de Glasgow): « Hypnotism and Suggestion in their Reference to mental Diseases ». Dr Gorodichze (de Paris): « La psychothérapie dans les différentes variétés du délire émotif ».

Communications annoncées sur d'autres thèmes: Pr Jolly (de Berlin): Thema vorbehalten. Pr Cesare Lombroso (de Turin): « Chaque dégénération a-t-elle un type?». Dr Morel (de Gand): Thème réservé. Pr Fuerstner (de Strassburg): Thema vorbehalten. Pr Xavier Francotte (de Liège): « Le délire généralisé (Confusion mentale, Verwirrtheit) ». Dr G. E. Shuttleworth (de Richmond, England): « Hereditary neuroses in Children ». Dr E. Christian (de Saint-Maurice, Seine): « Sur l'hébéphrénie ». Pr Meschede (de Kœnigsberg in Pr.): « Ueber Geistesstörung bei Lepra ».

En outre, nous ont annoncé leur participation aux discussions sur différents thèmes du programme, MM les Prs E v. Leyden (de Berlin), S. Henschen (de Upsala), G. Ballet (de Paris), A. Voisin (de Paris).

Congrès international de Neurologie, de Psychiatrie, d'Électricité médicale et d'Hypnologie.

1re *session, Bruxelles,* 14-19 *septembre* 1897.

Président d'honneur: M. Schollaert, Ministre de l'Intérieur et de l'Instruction publique. — Président: M. le Pr Verriest, de Louvain. — Vice-Présidents: M. le Pr Van Gehuchten, de Louvain, et M. le Dr Lentz, directeur de l'Asile d'aliénés de Tournai. — Secrétaire général: M. le Dr Crocq fils, agrégé de la Faculté de Médecine, chef de service à l'hôpital de Molenbeek — Secrétaires des séances. Neurologie: MM. les Drs Glorieux et Mahaim. Psychiatrie: MM. les Drs Claus et De Buck. Electricité médicale: MM. les Drs Libotte et Swolfs. Hypnologie: MM. les Drs L. de Moor et Van Velsen.

Questions mises à l'ordre du jour:

(A) *Neurologie.* — I. Le traitement chirurgical de l'épilepsie. Ses indications et ses conséquences. Rapporteur: Pr Winkler, d'Amsterdam (Hollande). II. Pathogénie et traitement du goitre exophtalmique. Rapporteur: Pr Eulenburg, de Berlin (Allemagne). III. Pathogénie et séméiologie des réflexes. Rapporteur: Pr Mendelssohn, de Saint-Petersbourg (Russie). IV. (Question à fixer ultérieurement). Rapporteur: Pr Oppenheim, de Berlin (Allemagne). V. Influence de l'accouchement sur les maladies nerveuses et mentales que présentent ultérieurement les enfants. Rapporteur: Pr Anton, de Graz (Autriche-Hongrie). VI. Pathogénie de la rigidité musculaire et de la contracture

dans les affections organiques du système nerveux. Rapporteur : Pr Van Gehuchten, de Louvain (Belgique).

(B) *Psychiatrie.* — I. La valeur diagnostique des symptômes prodromaux, qui précèdent de longtemps les manifestations de la paralysie générale. Rapporteur : Pr Thomsen, de Bonn (Allemagne). II. Psychoses et rêves. Rapporteur : Dr Sante de Sanctis, de Rome (Italie). III. Des modifications de l'image morbide de la paralysie progressive des aliénés durant les trente dernières années. Rapporteur : Pr Mendel, de Berlin (Allemagne). IV. Des relations entre les psychoses, la dégénérescence mentale et la neurasthénie. Rapporteur : Dr Lentz, de Tournai (Belgique).

(C) *Électricité médicale.* — I. La valeur séméiologique des réactions électriques, des muscles et des nerfs. Rapporteur : Pr Doumer, de Lille (France). II. La valeur thérapeutique des courants à haute fréquence. Rapporteur : Pr Bergonié, de Bordeaux (France).

(D) *Hypnologie.* — I. La valeur thérapeutique de l'hypnotisme et de la suggestion. Rapporteur : Dr Milne Bramwell, de Londres (Angleterre). II. La question des suggestions criminelles. Ses origines, son état actuel. Rapporteur : Pr Liégeois, de Nancy (France).

Les questions, mises à l'ordre du jour, peuvent être l'objet de communications personnelles ; les rapports, développés en séance par les auteurs, peuvent être discutés par tous les membres présents. Indépendamment des questions traitées par les rapporteurs, les membres du Congrès sont autorisés à faire des communications personnelles sur un sujet quelconque se rapportant à la neurologie, à la psychiatrie, à l'électricité médicale ou à l'hypnologie. Le temps consacré au développement des rapports n'est pas limité ; les communications personnelles ne peuvent dépasser la durée de vingt minutes, à moins toutefois que le président ne juge à propos de prolonger cette durée. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. Les adhérents recevront le compte rendu des travaux du Congrès. Les auteurs de communications personnelles sont priés d'envoyer, au secrétariat général, au commencement du mois de juillet, un résumé de leur travail ; ce résumé sera imprimé et distribué aux membres présents afin de faciliter la compréhension aux étrangers et afin de permettre à la presse de donner des comptes rendus exacts. Prière d'adresser dès maintenant les adhésions au secrétaire général, 27, avenue Palmerston, Bruxelles.

38e Assemblée générale de l'Association de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France.

Séance du lundi 26 avril 1897.

La séance est ouverte à deux heures. Après le vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale, les comptes du trésorier ont été approuvés à l'unanimité.

M. Richelot donne lecture de son rapport sur les pensions viagères. Il y a actuellement 77 pensionnés : 48 à 600 fr. qui absorbent un capital de 724.941 fr. et 29 à 800 fr. qui absorbent un capital de 662.824 fr. Le total des 77 pensions représente la somme de 1.387.765 fr.

Il y a eu, en 1896-97, trois extinctions de 800 fr. qui ont fait réintégrer 68.568 fr. et dix de 600 qui ont fait réintégrer 145.788 fr. Total : 214.356 fr.

Les pensions de 600 fr. ont coûté de 12.491 fr. à 17.142 fr. Chaque pension de 800 fr. immobilise donc un capital de 22.856 fr. Actuellement, les demandes sont au nombre de neuf. Adopté par l'Assemblée.

M. A.-J. Martin présente son rapport sur les *Vœux soumis à la prise en considération de l'Assemblée générale* du 25 et 26 avril 1897. Ces vœux sont au nombre de cinq :

1° La Société de la Gironde demande la suppression dans l'*Annuaire* des noms des pensionnés et leur remplacement par des initiales, comme cela se pratique à l'égard des membres de l'Assemblée générale de Paris (Adopté).

2° Que des conférences, d'après les vœux des Sociétés de l'Allier, de la Loire et de la Haute-Loire, sur des sujets pratiques [illegible] celles de M. A.-J. Martin soient organisées à [illegible] Congrès et que l'on obtienne des Compagnies de chemins de fer une validité plus longue des billets de faveur.

M. Lannelongue assure que le bureau fera tout son possible pour assurer cette amélioration.

M. Blache appuie les paroles de M. Lannelongue et fera tous ses efforts pour obtenir, malgré la mauvaise volonté des Compagnies, de nouveaux avantages.

M. A.-J. Martin. — [illegible] la Société de Melun, Fontainebleau et Provins demande que les médecins étrangers ne puissent émarger aux budgets départementaux et communaux (Adopté.)

La Société des Hautes-Pyrénées renouvelle le vœu suivant : 4° « Un médecin exerçant dans plusieurs localités ne sera astreint au droit proportionnel que dans la commune où il a son principal établissement au sens professionnel du mot. Subsidiairement, la Société renouvelle aussi le vœu que les médecins des villes d'eaux qui n'exercent nulle part l'hiver, ne soient astreints au droit proportionnel que dans les stations thermales où ils exercent, s'ils n'ont pas fait enregistrer leur diplôme ailleurs. »

La première partie de ce vœu est repoussée ; la seconde, prise en considération. La Société de l'Allier émet le vœu que « les mesures nécessaires soient prises pour qu'à l'avenir les sérums thérapeutiques déposés dans les mairies y soient renouvelés d'une façon régulière et avec la fréquence jugée nécessaire pour que leur fraîcheur et leur efficacité soient toujours assurées ». La Société de l'Allier estime « qu'il serait facile, au moyen d'une sorte d'abonnement minime payé par les municipalités, d'assurer ce service et d'en couvrir les frais ».

Ces propositions, appuyées par M. le Dr A.-J. Martin, ont été prises en considération par l'Assemblée.

On entend successivement sur l'exercice de la profession médicale une intéressante discussion à laquelle prennent part MM. Lande, Lereboullet, Bucquoy, Lassalle. L'Assemblée décide de soumettre à l'examen des Sociétés locales les vœux formulés à ce sujet par la Société de la Gironde et présentés par M. Lande :

1° Que, dans chaque Faculté, on enseigne la déontologie en même temps que la législation médicale. 2° Que les étudiants ayant échoué aux examens un certain nombre de fois, ou ayant subi une condamnation infamante, soient exclus des Facultés. 3° Que le titre universitaire de docteur en médecine ne donne pas le droit d'exercer, qui serait réservé aux docteurs en médecine français ayant subi un examen spécial devant un jury spécial présidé par un professeur de la Faculté.

M. Pouzet (Deux-Sèvres) parle de l'abus et de l'exploitation du médecin, relativement à une circulaire préfectorale concernant le travail des filles mineures et des enfants dans les manufactures. Dans ce document, il est rappelé que l'examen médical des enfants réclamé par l'inspecteur est gratuit, mais que si les parents demandent une contre-expertise, celle-ci est à leurs frais. Il s'ensuit donc que la loi fait examiner gratuitement des individus qui sont, d'après leur situation de fortune, en état de payer les honoraires du médecin. Cette remarque, prise en considération, sera soumise aux pouvoirs publics.

Après une proposition de M. Boutequoy (Châtillon-sur-Seine) sur les moyens propres à développer le recrutement de l'Association, l'assemblée décide que les Sociétés locales seront consultées sur la question de savoir s'il conviendrait de créer un journal officiel de l'Association.

La Société de la Haute-Loire demande qu'une caisse de retraite, avec adhésion facultative soit adjointe à l'Association.

M. Lannelongue, à la suite d'un certain nombre de discussions, prononce ensuite quelques chaleureuses paroles en faveur de l'Association et, au milieu des applaudissements répétés, il déclare la séance close.

Albin Rousselet.

Société contre l'abus du tabac.

La Société contre l'abus du tabac a procédé, récemment dans la salle d'Horticulture, à la distribution des récompenses qu'elle décerne chaque année aux personnes qui l'ont aidée dans son œuvre. La séance était présidée par M. Steeg, inspecteur général de l'instruction publique, représentant M. Rambaud, qui était assis entre MM. Decroix président de la Société, et M. le Dr Gélineau, secrétaire général. Après les discours de M. Steeg, qui a assuré la Société contre l'abus du tabac de la sympathie ministérielle et de M. Decroix, qui insiste avec force sur le préjudice causé par le tabac à la prospérité intellectuelle et physique de notre pays, M. le Dr Gélineau a lu son rapport sur les travaux de la Société.

Il a annoncé que son avoir s'élevait à plus de 90.000 francs et que, cette année encore, son dévoué président lui a fait don d'une somme de 2.000 francs économisée sur sa pension de retraite (M. Decroix est, on le sait, un ancien vétérinaire de l'armée). Puis, entrant dans l'exposé des moyens de propagande à employer pour combattre le tabac, M. le Dr Gélineau a préconisé comme arme nouvelle... « la bicyclette ». Après lui, M. le Dr Kortz a longuement parlé de la propagande faite par la Société auprès des instituteurs. Comme on désespère,

a-t-il dit, de corriger les hommes faits, on a pensé que le mieux serait de préserver l'enfant, de lui révéler, dès l'école primaire toute l'étendue du mal. »

La Société s'est donc adressée aux instituteurs et a organisé pour eux un concours de mémoires sur les meilleurs moyens pratiques à employer pour préserver l'enfance des méfaits du tabac. Le lauréat de ce concours est M. Géry, instituteur à Jeufosse (Seine-et-Oise), qui a reçu un prix de cent francs. Plusieurs de ses collègues reçoivent également des prix. Le président décerne ensuite, à de nombreux lauréats, des récompenses consistant en argent, en diplômes et en médailles.

Incinération des cadavres.

« Comme je l'ai dit dans ma lettre ouverte à M. J. Audent, sénateur, écrit M. le Dr H. Boens dans *Le Médecin*, une société s'était constituée à Bruxelles pour propager l'idée de substituer à l'*enfouissement putride* des morts, l'*incinération* après constatation officielle de la cessation absolue de la vie chez tous les décédés sans exception. MM. Crocq, Janson, Splingard, moi et d'autres, nous étions là. Depuis l'avènement des catholiques aux hôtels du parc, les promoteurs de cette société humanitaire se sont éclipsés, comme si les cultes quelconques ne pouvaient s'accommoder des cendres des cadavres aussi bien que de leur *pourriture!*

« Aussi ai-je appris avec plaisir par la *Tribune médicale*, que le Comité consultatif d'Hygiène publique de France avait émis un avis favorable à la reconnaissance d'utilité publique de la *Société française pour la crémation*. Qu'elle reçoive l'assurance de mes sympathiques adhésions, dans la personne de mes amis, Paul Viguier et le Dr Bourneville, qui ont été réélus membres du comité avec MM. Beral, Brelay, Pr Cornil, Dr Martin, Grébeauval et Charles Lefèvre.

« Allons, Pr Crocq et avocat Janson, réveillez-vous! Voulez-vous *ressusciter la crémation* à Bruxelles? *Le médecin* en sera; il n'a jamais eu peur du feu. »

Nous faisons les vœux les plus sincères pour que cet appel soit entendu et pour que MM. Crocq, Janson, Splingard, etc., reprennent leur campagne, un instant suspendue, en faveur de l'incinération dont l'importance, au point de vue de l'hygiène, est aussi indiscutable à Bruxelles qu'à Paris.

Les Ambulances françaises dans la guerre greco-turque.

1° Un *Hôpital-Ambulance franco-hellène* avait été organisé à Paris à l'effet de soigner les blessés de la guerre d'Orient. Les services de cet établissement devaient être dirigés par M. le Dr Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Les médecins et chirurgiens placés sous ses ordres étaient MM. les Drs Phocas agrégé de la Faculté de Lille, Sini, Jacobidès, auxquels on avait adjoint MM. Brin, Hepp, de Font-Réaux, Cavasse, internes des hôpitaux de Paris, et M. Hallot, pharmacien. Six infirmiers français, dix sœurs françaises de Saint-Vincent de Paul et douze infirmiers grecs avaient été mis à la disposition de ce personnel, qui devait sous peu s'embarquer pour le Pirée. Le matériel de cette ambulance se composant de cent lits et de tout le matériel chirurgical moderne *est seul parti* pour la Grèce ; car le Gouvernement hellénique a déclaré que *les services militaires et privés de Grèce suffisent à tous les besoins actuels*. Les fonds nécessaires (120,000 francs) ont été réunis par un comité présidé par M. le Dr Panas, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Paris. Les personnes qui désireraient, par des secours en argent ou en nature, venir en aide à cette mission, sont priées de s'adresser à l'Union des femmes de France, 29, rue de la Chaussée-d'Antin.

2° D'autre part, la Banque impériale ottomane a pris l'initiative de la formation d'une *ambulance internationale*, dont le personnel est parti dimanche dernier pour le théâtre de la guerre greco-turque. Ce personnel comprend six médecins, dont un prosecteur et quatre internes de Paris. L'Assistance publique de la ville de Paris a mis à la disposition de cette ambulance une quinzaine d'infirmiers. M. Lardy, chirurgien de l'hôpital français de Constantinople, doit prendre la direction de cette mission, qui doit se fixer, le plus tôt possible, à Elassona.

Congrès international de Médecine de Moscou.

Excursion au Caucase.

Le Comité central du Congrès de Moscou vient de régler l'excursion au Caucase de la façon suivante :

1° Un train spécial, aménagé pour 100 personnes, quittera Moscou à la fin du Congrès pour Kislovodsk, dans le Caucase du Nord, où un arrêt de deux jours aura lieu pour permettre à ses membres de visiter le groupe de villes d'eaux minérales dont Kislovodsk est le centre.

2° De Kislovodsk, le train ira à Vladikavkaz (Vladicaucase), point terminus de la ligne. Là, il y aura à choisir entre deux voies. L'une, celle de Tiflis, par la route militaire de Géorgie, passera à travers les plus beaux paysages du Caucase. L'autre conduira à P. trofsk, port de la mer Caspienne. De là un vapeur spécial conduira les membres du Congrès à Baku (Bakou) où aura lieu un arrêt d'un jour. De Baku, les excursionnistes seront conduits par le train à Tiflis, où ils rejoindront les membres qui auront choisi le premier itinéraire.

3° De Tiflis, le train conduira les voyageurs à Batoum sur la mer Noire, ou ils auront un jour pour visiter la ville et les plantations environnantes de thé et de coton.

4° De Batoum, on ira par vapeur à Sukhum, New-Athos, et Novorossusk; d'où un train spécial ramènera à Moscou les congressistes.

Le prix de ce voyage circulaire sera seulement de 150 fr. (£ 6). Il n'y aura *pas de dépenses d'hôtel*, car des arrangements ont été pris pour permettre aux voyageurs de coucher chaque nuit soit dans le train, soit à bord du vapeur. *La seule dépense à faire sera celle de la nourriture*, qui n'est pas comprise dans le prix de 150 fr. — Le voyage entier durera exactement quinze jours.

Si plus de 100 membres du Congrès demandent à faire cette excursion, un second train de voyageurs sera adjoint au premier.

Les Médecins et le Panama.

Parmi les médecins supposés compromis dans l'affaire du Panama, on cite en tête A. Naquet, trop connu pour que nous insistions, et F. Planteau. Sur ce dernier, la *Justice* donne les détails suivants :

M. François PLANTEAU est né à Limoges le 8 janvier 1838. A la suite du Coup d'Etat, son père fut proscrit. A cette époque M. Planteau faisait ses études au lycée de Limoges. Il s'adonna ensuite à la peinture sur porcelaine, puis vint à Paris, fit sa médecine et étudia les langues étrangères, ce qui lui permit de devenir traducteur-juré près du tribunal civil et du tribunal de commerce de la Seine. En 1889, il se présenta aux élections, cette fois à Paris, mais il échoua contre M. Hovelacque, dans le trezième arrondissement. Pendant la durée de son mandat M. Planteau avait vendu son agence de traducteur juré à Mlle Varcellone, qui était employée chez lui et qui devint directrice du bureau, qui portait et porte encore le titre de l'Abeille.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 10. — Médecine opératoire : MM. Marchand, Humbert, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Retterer, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM Pinard, Peyrot, Lejars. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Hôtel-Dieu. (1re *série*) : MM. Tillaux, Delens, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Ricard, Walther. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Widal.

MARDI 11. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Farabeuf, Quénu, Thiéry. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Raymond, Polaillon, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Nélaton, Maygrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Achard, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie Charité : MM. Guyon, Pozzi, Schwartz. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Ménétrier. — (2e *série*) : MM Cornil, Chantemesse, Marfan.

MERCREDI 12. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Retterer, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Terrier, Marchand, Bonnaire. — (2e *série*) : MM. Ricard, Humbert, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Necker. (1re *série*) : MM. Peyrot, Tuffier, Broca. — (2e *série*) : MM. Delens, Jalaguier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Potain, Landouzy, Chauffard.

JEUDI 13. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Farabeuf, Polaillon, Brun. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Schwartz, Poirier, Wurtz. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Tarnier, Rémy, Albarran. — (2e *série*) : MM. Bergé, Quénu, Bar. 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Gilbert.

VENDREDI 14. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Rémy, Poirier, Broca. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Retterer, Sébileau. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy,

Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. Charité : MM. Delens, Humbert, Ricard. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Potain. Chauffard, Wurtz. — (2e *partie*) (2e *série*) : Hayem, Widal. Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Varnier. Bonnaire.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 12. — M. Gorgon. Epithéliomatose et sarcomatose mélaniques et cutanées. — M. Dimitiesco. De l'épididymectomie partielle ou totale dans la tuberculose primitive du testicule — M. Marion. De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère de l'estomac.

JEUDI 13.—M. Prodhon Des troubles intellectuels dans l'intoxication par le sulfure de carbone — M. Richard. De l'ostéomyélite de l'omoplate. — M. Bataille Les persécutés auto-accusateurs. — M. Gosselin. Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de la chlorose. — M. Wendling. Considérations sur le rôle fonctionnel des capsules surrénales.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Henri FEULARD (de Paris).

Dans l'épouvantable catastrophe qui met Paris en deuil, le corps médical a été cruellement éprouvé, et quatre des familles les plus respectées, les plus aimées, déplorent aujourd'hui la perte de plusieurs de leurs membres. A nos confrères les Drs Le Sourd, Picqué, Nitot, Vimont, nous adressons l'expression de nos bien sympathiques condoléances (1).

De ces familles, il en est une, la famille Feulard, si particulièrement frappée depuis quelques années que la fatalité semble véritablement s'acharner contre elle. Le Dr Henri Feulard et sa fille sont parmi les victimes de l'incendie du Bazar de la Charité. Nombreux sont ceux qu'a attristés la nouvelle de la mort de Feulard, l'une des personnalités les plus répandues du monde médical et les plus justement appréciées. Dans le monde, comme parmi nous, Feulard se prodiguait et ses qualités de travail, d'activité, d'initiative, jointes à la franchise et à l'urbanité parfaite d'un esprit curieux et ouvert à toutes les connaissances, les plus éloignées de la médecine en apparence, lui avaient acquis depuis longtemps de nombreuses et chaudes sympathies.

Depuis l'organisation du Congrès de Dermatologie en 1889, qui fut pour lui un succès, le Dr Feulard prit part à la formation de tous les Congrès similaires. Aussi son nom était-il parmi nos confrères étrangers aussi populaire que chez nous : sa présence dans les Congrès était saluée par d'unanimes applaudissements, comme ses communications étaient écoutées avec le plus vif intérêt. Interne des hôpitaux en 1881, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis en 1888, le Dr Feulard s'était consacré à l'étude de la dermatologie et tous ceux qui se sont occupés de cette science, tous ceux qui sont entrés à l'hôpital Saint-Louis, savent quels services Feulard a rendus à l'une et à l'autre. Le musée de Saint-Louis lui doit son catalogue; la bibliothèque lui doit, on peut le dire, son existence. Secrétaire des *Annales de Dermatologie*, il a su imprimer à cette publication une marche nouvelle; organisateur de l'Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques, partout on le retrouve avec ses qualités maîtresses, l'ordre et la méthode dans l'activité. Je n'entreprendrai pas d'analyser ici tous ses travaux, ni même d'en donner la liste : il suffira de parcourir la table des matières des *Annales de Dermatologie* de ces dernières années, pour se rendre compte qu'il est bien peu de questions relatives à l'étude des maladies de la peau que Feulard n'ait abordées.

Sa thèse sur les teignes et teigneux (1886) est aujourd'hui classique Ses recherches sur différentes questions relatives à la syphilis ont été, aux réunions de la Société de Dermatologie, le point de départ de discussions importantes. Esprit ouvert aux choses de la littérature et de l'art, le Dr Feulard ne se contentait pas dans la seule médecine. Faisant une incursion dans le passé, il avait su faire revivre, a nos yeux, le vieil hôpital Saint-Louis (1885) et il avait réuni une collection d'estampes qui ne sont pas l'un des moindres attraits de la Bibliothèque du Musée. Ses goûts d'artiste et de collectionneur lui avaient fait recueillir une série complète des anciennes thèses de notre Faculté et des notes sur notre école française de dermatologie.

Médecin distingué, praticien consciencieux, qui n'aurait pas manqué de rendre à la section qui devait lui être confiée à l'infirmerie de Saint-Lazare les services que l'on savait pouvoir attendre de lui, s'intéressant à tout ce qui est bien, à tout ce qui est beau, médecin comprenant la médecine comme on le faisait autrefois, le Dr Feulard était l'une de ces figures qui se font rares aujourd'hui et il succombe, à quarante ans, en pleine possession de lui-même, victime de la fatalité, mais emportant avec lui les regrets unanimes de ceux qui l'on connu.

Paul RAYMOND.

(1) Ajoutons que le corps médical a été encore plus éprouvé dans cette terrible catastrophe que ne le dit notre collaborateur. A citer en effet, parmi les morts reconnus hier seulement, Mlle Simon, fille du Dr Léon Simon et petite fille de l'écrivain Jules Simon, et le Dr ROCHET, médecin homéopathe, boulev. Beaumarchais. M. B.

Enseignement médical libre.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr KOENIG, 14, rue Monge. — Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci après désignés : Mardi, M. Verchère (*gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Maladies mentales. - M ROUBINOVITCH, chef de clinique de la Faculté de médecine, fera les mercredis et samedis (à partir du samedi 8 mai), à 9 heures 1/2, à l'Asile de Saint-Anne, un cours élémentaire de pathologie mentale.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 avril au samedi 1er mai 1897, les naissances ont été au nombre de 1 041, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes. 406, illégitimes, 156. Total, 562. — *Sexe féminin :* légitimes, 350, illégitimes, 129. Total, 479.

MORTALITE A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 avril au samedi 1er mai 1897, les décès ont été au nombre de 979, savoir . 550 hommes et 429 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide: M. 2, F. 2, T. 4 — Typhus: M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F 0, T. 0 — Rougeole: M. 31, F. 20, T. 51. — Scarlatine: M. 2, F. 2. T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 4 — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 5, T. 10. Grippe: M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M 126, F. 83, T. 209. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 11, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 9, T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T. 5. —Tumeurs malignes : M. 16, F. 23, T. 39. — Méningite simple : M. 13, F. 17, T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 19, T. 36. — Paralysie, M. 4, F 8, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 3, F 8, T. 11. — Maladies organiques du cœur: M 56, F. 23, T. 79. — Bronchite aiguë : M 15, F. 14, T. 29. — Bronchite chronique: M. 15, F. 9, T. 24. — Broncho-pneumonie : M. 16, F. 24, T. 40. — Pneumonie : M. 20, F. 20. T. 40. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 13, F. 17, T. 30. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 10, T 26 — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 6, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 9, F. 15, T. 24. — Sénilité : M. 12, F. 19, T. 31. — Suicides: M. 14, F. 3, T. 17. — Autres morts violentes: M. 14. F 1, T. 15. — Autres causes de mort : M. 87, F. 51, T. 138. — Causes restées inconnues : M. 5, F 1, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription. 97, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 16. Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 19. Total: 44.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Embryologie normale et tératologique.* — M. le Dr DARESTE a commencé les conférences pratiques d'embryologie normale et tératologique le mardi 27 avril ; il les continue les samedi et mardi de chaque semaine. Laboratoire de tératologie a l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine (bâtiment du Musée Dupuytren).

Conférences de pathologie externe. — M. DELBET, agrégé, reprendra ces conférences le mardi 2 mai, à 5 heures, « Grand amphithéatre de la Faculté ».

Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Pr Alfred FOURNIER a repris ce cours le vendredi 7 mai, à dix

heures du matin (hôpital Saint-Louis); il le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Labéda, professeur de médecine opératoire, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 16 mai 1897.

École préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Limoges. — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Laroulandie, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

École de Médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira le le 24 janvier 1898 pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole préparatoire de Médecine de Poitiers. — *Concours.* — Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1897 devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions honorifiques. — Par décret rendu sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, le Dr Vidal, médecin à Grasse (Alpes-Maritimes), est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur. M. Vidal était chevalier depuis le 23 juillet 1859.

Recompenses. — Le Ministre de la Guerre a décerné une *médaille d'argent* à M. le Dr Boudaille (médecin de la réserve) pour acte de dévouement.

Muséum d'Histoire naturelle de Paris. — Notre collaborateur et ami, M. Phisalix, docteur ès sciences naturelles, assistant au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur intérimaire de la chaire de pathologie comparée, pendant la durée du congé accordé à M. Chauveau.

Enseignement populaire supérieur. — *Cours d'hygiène sociale.* — Sujet du cours : *L'hygiène et l'alimentation des travailleurs.* — M. le Dr A.-J. Martin a repris le cours le jeudi 6 mai 1897, à l'Hotel de Ville. Il traitera l'Alimentation des travailleurs. — La conférence pratique du dimanche 9 mai aura lieu aux Abattoirs, rue de Flandre, à neuf heures et demie du matin. Les cours et conférences sont publics.

Peste bubonique en Chine. — On a reçu à Lisbonne la nouvelle que la peste bubonique venait d'éclater à Macao, possession portugaise, qui est située, on le sait, à l'ouest du détroit de Canton, en face de Hong-Kong, où l'épidémie commença à sévir.

Attentat contre un Médecin. — La tentative d'assassinat dont a été victime M. le Dr Barnier, médecin en chef de la marine en retraite, chevalier de la Légion d'honneur et administrateur des hospices en Corse, est dû à Cesarini. Ce dernier a tiré deux coups de revolver sur notre confrère et s'est sauvé. Mais le bandit, ultérieurement, a surpris à nouveau dans son lit M. Barnier, qu'il a blessé de plusieurs coups de poignard et de revolver. Sa fille, accourue au secours, a reçu une balle dans la cuisse gauche. Mme Bontour, sœur du docteur, a été blessée également d'un coup de revolver. Cesarini avait été déjà condamné, le 30 octobre 1896, à six mois de prison pour menaces de mort sous conditions à M. Barnier, et c'est pour se venger de cette première condamnation et peut-être pour une cause plus intime qu'il a commis son crime. Cesarini a pris la fuite.

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'Accouchement.* — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 10 mai pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Basset, Baudron, Bernheim, Bouffe de Saint-Blaise, Chavane, Demelin, Dubrisay, Schwab, Wallich. Le jury est provisoirement composé de MM. Maygrier, Lucas-Championnière, Bar, Auvard, Marchand, Ricard, Herard.

Hôpital de Dijon. — Ont été nommés après concours médecins-adjoints : M. le Dr Perrin ancien interne des hopitaux de Paris, — M. le Dr Dulard, professeur suppléant à l'école de médecine à Dijon.

Nécrologie. — M. le Dr Besson (de Paris). — M. le Dr Denoel (de Liège). — M. le Dr J. F. Guillot (de Montreuil-Bellay). — M. le Dr J. Matagne (de Bruxelles). — M. le Dr Jaime Pi y Suñer, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Barcelone. — M. le Dr G. Limoncelli, privatdocent de psychiatrie à la Faculté de médecine de Naples. — M. le Dr Gustave Braun, professeur émerite d'ophtalmologie à la Faculte de médecine de Moscou. — M. le Dr André Anagnostakis, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine d'Athènes. — M. le Dr S. G. Moses, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie au Missouri Medical College de Saint-Louis. — M. le Dr Hugo Engel, ancien professeur des maladies du système nerveux au Philadelphia Medico-chirurgical College.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — M. Tenneson : tous les lundis (à partir du 3 mai), à 4 heures, leçon de dermatologie avec présentation de malades.

Hôpital de la Maternité (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, reprendra ses leçons cliniques le samedi 1er mai, à 3 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôtel-Dieu. — *Cours pratiques d'ophtalmologie.* — M. le Dr A. Terson, chef de clinique, recommencera, le mardi 11 mai, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). Le cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures et durera six semaines. — M. le Dr Mermet, chef du laboratoire, commencera le mercredi 12 mai, à 5 heures des conférences pratiques : 1° *Anatomie de l'œil* (avec technique microscopique). *Physiologie de l'œil* ; 2° *Anatomie pathologique et bactériologie oculaires.* Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures et durera six semaines S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Hôpital Ricord. — M. le Dr Charles Mauriac reprendra ses Leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 15 mai, à 9 heures 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. MALOINE
21, place de l'École-de-Médecine.

Manuel pratique et simplifié [illegible] l'analyse des urines et [illegible] crétions organiques, par E. Lisfranc. Un vol. in-18 de 140 pages, avec 22 figures. Prix. . . . . [illegible]

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris — Imp. Goupy, G. Maurin, succr, rue de Rennes, 71

3e SÉRIE. T. V. N° 20. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 MAI 1897.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

—

Les opérations sur le prépuce, le pénis et le scrotum (*Revue Générale*).

par M. AUDRY, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Toulouse.

SOMMAIRE. — I. OPÉRATIONS SUR LE PRÉPUCE : 1° Opérations irrégulières ; 2° Opération régulière. Circoncision. — II OPÉRATIONS SUR LE PÉNIS : 1° Amputation du pénis dans la continuité ; 2° Ablation du pénis ; 3° Emasculation totale. — III. OPÉRATIONS SUR LE SCROTUM : Résection du scrotum pour varicocèle.

I. — Opérations sur le Prépuce.

Elles sont *irrégulières* ou *régulières*. — Les premières comprennent les interventions nécessitées par des indications accidentelles et les autres ont pour objet les malformations, exactement l'étroitesse congénitale ou acquise du prépuce.

1° OPÉRATIONS IRRÉGULIÈRES.

Elles ne méritent que quelques lignes. Elles peuvent être nécessitées par des chancres syphilitiques, des chancres simples, des papillomes.

Quand un *chancre syphilitique* occupe le prépuce, qu'il est peu volumineux et facilement abordable, il faut l'enlever d'un coup de ciseau et mettre un point de suture sur la petite plaie.

S'il s'agit d'un *chancre simple*, qu'on veuille détruire sans recourir au traitement iodoformé et sans utiliser les caustiques chimiques, qui sont d'ailleurs infidèles (acide phénique pur, chlorure de zinc, etc.), on se servira soit du fer rouge, soit du rasoir. Avec le fer rouge, il est préférable de ne pas détruire par attouchement le surface de la lésion : cette petite opération est en effet souvent trop douloureuse et inefficace, le processus se développant au-dessous de l'escarre ; il vaut mieux chauffer les surfaces ulcérées en maintenant aussi rapprochée que possible pendant une ou deux minutes une lame de thermocautère chauffée à blanc, si elle est petite, au rouge cerise si elle est volumineuse.

Un seul procédé d'excision des chancres simples semble pratique. Unna les gèle et les enlève d'un coup de rasoir. Il faut pour cela qu'ils soient petits et peu nombreux.

Les *papillomes* un peu touffus sont justiciables d'un curettage énergique, avec cautérisation légère de la base saignante. L'anesthésie générale est le plus souvent nécessaire. Si les végétations sont très développées, on pourra mettre temporairement un lien de caoutchouc sur la verge, afin d'éviter une hémorragie toujours abondante et qui cache les lésions. Il faut avoir soin de ne pas trop serrer ce lien ; sinon il pourrait se produire des ecchymoses désagréables. Il est utile et quelquefois nécessaire de compléter par la circoncision le traitement des végétations, lorsqu'elles sont extrêmement abondantes, et que, par exemple, elles ont fini par perforer le prépuce.

2° OPÉRATIONS RÉGULIÈRES.

Toutes ont pour objet le phimosis congénital ou acquis. Elles comprennent la *dilatation*, l'*excision partielle*, la *circoncision*. Les deux premières doivent être abandonnées. — La circoncision est, au contraire, une des opérations de petite chirurgie les plus souvent exécutées.

CIRCONCISION. — On peut distinguer : 1° les circoncisions rituelles ; 2° les circoncisions portant sur un prépuce non infecté ; 3° les circoncisions pathologiques.

1° *Circoncisions rituelles.* — Elles n'ont pour nous qu'un intérêt purement spéculatif et historique. Les anciens peuples utilisaient volontiers les cailloux tranchants comme instruments d'exérèse. Actuellement, on utilise d'ordinaire le rasoir. Au moins les Arabes en usent-ils ainsi, non sans brutalité ; aussi je ne crois pas que leur manière de faire ait rien de chirurgical. Il y a peu d'années, chez les Israélites, la circoncision rituelle était accompagnée, entre autres singularités, de la succion de la plaie par l'opérateur. Cette succion, qui avait vraisemblablement des intentions hémostatiques, entraîna à plusieurs reprises de graves accidents ; il y eut des épidémies de syphilis, et même des inoculations de tuberculose. Cette manière de faire est actuellement abandonnée.

2° *Circoncision du prépuce non infecté.* — Elle a pour but de réséquer un prépuce congénitalement trop long, ou trop étroit ; en d'autres termes, elle est indiquée par un phimosis plus ou moins prononcé. Il faut donc distinguer les cas où le prépuce n'est pas adhérent, et ceux où il existe entre la face interne et la face externe du gland une symphyse plus ou moins complète.

Phimosis simple. — Nous laissons complètement de côté la dilatation forcée de l'orifice préputial avec des pinces spéciales, ou avec un instrument dilatateur quelconque. Nous ne nous occupons pas non plus de l'excision en V ou de la résection partielle ; ce sont de mauvaises interventions, qui n'ont pas de raison d'être, étant donnée la facilité et la bénignité de la circoncision vraie qui leur est de beaucoup supérieure. Le nombre des procédés est incommensurable, et il existait une foule d'instruments spéciaux, qui sont inutiles. Nous en retiendrons un seul : la pince de Ricord. Nous indiquerons deux manières de faire aussi simples que possible.

Aides, instruments. — Un aide est suffisant. L'anesthésie générale est utile, si le sujet est excitable, trop jeune, trop pusillanime. Sinon il vaut mieux s'en abstenir. L'anesthésie locale n'est pas à recommander. Pour instruments : une pince de Ricord, si on en a une sous la main ; de bons ciseaux, des pinces à griffes, des aiguilles aussi bonnes que possible, un bistouri. Comme fils, des catguts moyens, des fils métalliques, des crins de Florence ; l'ablation de ces derniers est un peu douloureuse.

Principes généraux. — L'opérateur doit faire ses efforts pour que l'excision porte autant que possible sur la partie dite muqueuse du prépuce ; c'est le meilleur moyen d'éviter les hémorragies ; d'autre part il vaut mieux conserver le tégument franchement épidermisé. Quant à la suture, on peut la faire à points coupés ou continue ; autant que possible, les points pénétreront et ressortiront très près du bord de section ; l'affrontement sera irréprochable.

1er temps. — La pince de Ricord saisit le prépuce de telle sorte que la partie que l'on veut réséquer déborde le bord supérieur de l'instrument. En la plaçant, on a soin de la mettre bien dans l'axe antéro-postérieur, un peu obliquement en haut et en avant. Enfin, auparavant on a attiré la muqueuse en éversion avec des pinces à griffes; il ne faut pas tirer la peau du côté du gland, mais au contraire plutôt vers le pubis. Avec un bistouri bien tranchant, on coupe la peau qui dépasse le bord supérieur de la pince. Si l'on n'a pas de pince de Ricord sous la main, on peut sectionner d'un seul coup de grands ciseaux de tailleurs le fragment de peau que l'on veut sectionner.

L'une et l'autre manière de faire laissent subsister beaucoup trop de muqueuse. On complète l'excision de cette dernière avec des ciseaux. On laisse 0,01 de muqueuse, largeur nécessaire à la suture. Enfin la méthode la plus simple consiste à fendre le prépuce sur sa face dorsale avec des ciseaux mousses. Avec deux pinces on saisit et on relève les deux angles ainsi formés, et on résèque ce que l'on veut de peau et de muqueuse en gagnant le filet. Au niveau de ce dernier on a soin d'enlever peu de tissus ; mais il vaut mieux faire une excision complètement circulaire que laisser subsister le frein intact. Ce procédé inélégant est plus sûr, lorsque l'on n'a pas l'habitude de cette petite intervention ; du reste il s'impose lorsque l'on se trouve en présence d'un phimosis avec prépuce petit, court et serré.

2e *temps.* — Une fois l'excision faite, on désinfecte avec le plus grand soin le gland et les cryptes préputiales. On lie l'artériole du frein si elle saigne, ce qui arrive souvent ; plus rarement on a à s'occuper des ramifications ultimes de la dorsale de la verge. Cette petite hémostase doit être très rigoureuse afin d'éviter soit des hémorragies désagréables, soit des hématomes ou des ecchymoses qui gênent la réunion.

1° On fait la suture. Huit points entrecoupés sont suffisants. Il faut se servir d'aiguilles et de fils fins. Toujours un point réunira les téguments exactement au niveau du sommet du frein.

Pansement. — Poudre d'acide borique, gaze iodoformée, etc. Il est souvent malaisé de bien maintenir le pansement ; actuellement, je me sers d'un suspensoir ordinaire auquel on fixe les bandes par le base, si les dimensions et l'état de la verge en rendent difficile le maintien. Si les fils ne sont pas résorbables, on les enlève au 6e ou 7e jour.

Accidents. — On n'a pas à redouter l'infection si l'on est propre. On ne craint pas non plus les hémorragies, si l'on a pris les précautions indiquées. Si une artériole saignait, il faudrait tâcher de la saisir dans un fil à suture passé avec l'aiguille plutôt que la lier après avoir désuni la plaie. S'il y avait de l'infection, on ferait sauter les sutures et on tiendrait des pansements humides et non irritants.

Complications opératoires. — Il peut se présenter des cas beaucoup plus compliqués ; je veux parler des phimosis congénitaux, serrés, atrophiques, accompagnés d'adhérences. Ces adhérences arrivent à constituer une symphyse balano-préputiale plus ou moins complète. En général, on arrive assez facilement à décoller les deux épidermes soit avec les doigts, soit avec un instrument plat et mousse quelconque. Quelquefois on éprouve de grandes difficultés; il est évident que l'on ne peut proposer de procédé opératoire dans ces cas qui relèvent de la patience et de l'ingéniosité de l'opérateur.

3° *Circoncisions pathologiques.* — Nous appelons ainsi les circoncisions indiquées par un phimosis acquis, dû à des infections sous-préputiales. Ces infections sont créées par des balanites simples ou satellites de la blennorrhagie, ou par des chancres syphilitiques, ou des chancres simples. Les phimosis chancreux sont de beaucoup les plus importants. La technique de la circoncision diffère seulement suivant que l'on a affaire à des lésions syphilitiques ou non.

4° *Circoncision en cas de syphilome sous-préputial.* — Elle est simple et peu grave. On la pratique comme la circoncision du prépuce non infecté; mais en pareil cas, il est nécessaire de recourir au procédé de la fente dorsale initiale. Une fois le prépuce incisé, on désinfecte soigneusement la région. On fait la résection des tissus en enlevant autant que possible les zones envahies par le syphilome. On suture comme d'habitude, sans tenir compte des ulcérations. On peut en effet parfois faire passer des fils en plein chancre et voir la suture prendre à ce niveau. Cependant, comme les chances d'infection sont nombreuses, il vaut mieux ne pas recourir à la suture continue.

5° *Circoncision en cas de chancres simples.* — Les conditions opératoires sont complètement changées. L'opération, naturellement, exige la fente dorsale initiale; une fois les coins saisis et rabattus, on lave très soigneusement la région avec des antiseptiques forts. Puis, avec le thermocautère, on détruit très soigneusement chacune des ulcérations ; cette cautérisation demande une rigueur extrême. On fait la suture comme l'on peut, à points entrecoupés, en laissant de côté les points malades. On utilise constamment l'iodoforme en abondance comme pansement. On refait celui-ci souvent et on surveille la plaie. Si la cautérisation a été exécutée comme il convient, la chancrellisation de la plaie est très rare ; mais il est assez fréquent de noter des infections localisées purement suppuratives. Ces infections exigent l'ablation immédiate des fils au niveau des points malades ; et on doit les panser avec minutie, en bourrant les petites cavités qui séparent les lèvres de la plaie disjointe. S'il se produisait de la chancrellisation, celle-ci céderait assez vite à l'iodoforme à la condition que celui-ci pénètre dans toutes les cavités. Au cas où la lésion s'étendrait, il ne faudrait pas hésiter à endormir le malade, à curetter et à cautériser énergiquement la surface inoculée.

6° *Circoncision pour paraphimosis.* — La circoncision constitue le meilleur traitement des paraphimosis irréductibles. On fend le bourrelet sur la ligne médiane comme à l'ordinaire, et l'on excise peau et muqueuse avec des ciseaux, en remontant vers le frein. Il est bon d'être économe dans la résection que l'on pratique obliquement, assez large sur le dos de la verge, restreinte sur le côté, minime ou nulle vers le frein. On suture comme à l'habitude.

II. — Opérations sur le pénis.

Nous distinguerons : 1° *L'amputation dans la continuité du pénis ; 2° son extirpation.*

1° Amputation dans la continuité.

L'amputation de la verge passa pendant longtemps pour une intervention dangereuse. On était avant tout préoccupé de l'hémorragie et de l'infection. Reybard avait utilisé la ligature progressivement serrée de l'organe, Chassaignac l'écraseur, Bonnet le fer rouge, etc. Ces procédés sont abandonnés. Le chirurgien doit

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance chirurgicale gratuite dans les campagnes.

QUATRIÈME ARTICLE (1).

Après avoir mis le doigt sur la plaie, le chirurgien — c'est le cas de le dire, puisqu'il s'agit ici exclusivement de lui —, doit indiquer le remède. Il ne nous en coûte pas d'aller jusqu'au bout, dût-on, une fois de plus, nous traiter de visionnaire. L'Assistance chirurgicale instantanée ne nous a-t-elle pas déjà valu ce qualificatif? N'a-t-on pas été jusqu'à dire que nous voulions *ruiner* Paris, à un moment où a eu lieu l'incendie du Bazar de la Charité!

Cette fois, c'est la France entière que nous allons mettre en coupe réglée — pour ne pas dire à sac ou à feu et à sang —, dans le seul but d'assurer aux blessés des soins, sinon rapides, ce qui n'est pas réalisable, du moins tout à fait compétents. Nous prévenons nos amis, une fois pour toutes, que nos propositions vont être très révolutionnaires, afin que, subitement surpris par des déclarations aussi inattendues, ils ne tombent pas... à la renverse. Quant aux indifférents, nous les laisserons choir, à dessein, afin de leur montrer au moins quelques-uns des bienfaits de la véritable Assistance chirurgicale, instantanée ou non. « Frappe, mais écoute », dit jadis, à ce qu'il paraît, un Grec, connu du Tout-Athènes à son époque. J'intervertis les termes et m'écrie à mon tour: « Ecoutez d'abord; vous frapperez ensuite! »

Pour faire cesser l'état d'anarchie et d'incohérence qui caractérise actuellement l'assistance aux blessés dans les campagnes, il y a deux moyens à proposer.

Le premier est essentiellement caractérisé par l'intervention de l'*initiative privée*. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il a bien peu de chance d'être apprécié dans notre pays. Je me bornerai donc à l'indiquer, me réservant de le développer quand j'irai faire des conférences en Angleterre ou aux Etats-Unis, c'est-à-dire probablement... après ma mort (2). — Le second est basé, au contraire, sur l'intervention de l'Etat, de cet *Etat-Providence*, que vénère tout Français bien né. Il a pour fondement des institutions ministérielles, départementales ou communales, et pour soutien des *Fonctionnaires* (3), qui forcément seront un jour décorés. C'est dire que si jamais, chez nous, on veut bien me suivre, — ce dont je suis loin de douter! — sur le chemin glissant où je m'engage, c'est à cette solution qu'on s'arrêtera nécessairement. Ne faut-il pas être logique et... de son pays, remarquerait M. Picard, l'éminent inventeur du Service médical de l'Exposition de 1900!

Mais, quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de la solution d'Etat ou d'initiative privée, notre système d'assistance repose sur l'existence de petits *Hôpitaux spéciaux de Chirurgie* ou de *Services chirurgicaux spéciaux* dans les hôpitaux déjà existants dans nos campagnes, et sur leur fonctionnement régulier, avec un *personnel absolument spécialisé*, n'ayant rien à voir avec celui de l'Assistance médicale, telle qu'elle est organisée actuellement. Expliquons-nous.

Supposons par exemple qu'on divise la France en *circonscriptions hospitalières chirurgicales* (comme on l'a fait pour Paris), en tenant compte ou non des divisions administratives, mais en utilisant si possible les fondations d'Assistance déjà existantes, et en se guidant beaucoup sur les conditions géographiques, les voies de communications, les facilités de transport, etc. : ce qui a un réel intérêt, au point de vue de la rapidité des secours. Plaçons, au centre de chacune de ces circonscriptions chirurgicales, un de ces hôpitaux ou de ces services, avec un chirurgien absolument compétent. On y recevrait tous les cas chirurgicaux de la région, qui doivent rester en dehors de l'action du médecin praticien, ou du moins tous les blessés ou malades qui pourraient y être transportés. Dans certains cas même, on ferait installer des postes de secours ruraux, en particulier dans les régions minières et industrielles, dépendant de l'hôpital, chef-lieu de la circonscription.

En supposant que l'Etat se charge de cette organisation, rien de plus simple. On aurait recours au *Pari mutuel* pour débuter. Puis, si l'expérience réussissait à l'endroit où un essai loyal aurait été fait, certainement les Chambres ne refuseraient pas chaque année un crédit pour poursuivre cette œuvre et créer de nouveaux hôpitaux ruraux de chirurgie, de 20 lits par exemple. A supposer que l'Etat se récuse, les Départements pourraient prendre cette initiative, à l'aide de leurs ressources personnelles. On l'a bien fait pour les *asiles d'aliénés*. Or, il est aussi urgent et aussi utile pour la société de soigner les blessés comme il convient que de séquestrer les aliénés! Le tout dépendrait, bien entendu, de l'Administration de la Santé publique au Ministère de l'Intérieur. On le voit, rien de plus facile. Il suffit de vouloir; mais c'est évidemment là le point le plus délicat.

Si nous étions aux Etats-Unis, j'ajouterais : On pourrait de suite s'adresser à l'initiative privée, soit à un millionnaire, soit à de riches Sociétés d'Assistance et leur tenir le langage suivant : « On vous propose une œuvre d'Assistance d'un genre nouveau, dont la grande utilité n'est pas discutable ; voulez-vous faire un essai, installer en province, dans un centre bien choisi, un petit hôpital de ce genre? Vous y placerez un jeune chirurgien actif et distingué —, par exemple un ancien interne des hôpitaux de Paris —, qui amènera avec lui un de ses anciens externes, comme aide. Vous lui donnerez un traitement fixe raisonnable, lui laisserez la possibilité de faire de la clientèle chirurgicale civile et lui confierez une installation chirurgicale parfaite. Vous verrez ce qu'il y fera et quels services il rendra! Essayez d'abord, avant de critiquer. Et, s'il y a échec, vous n'aurez qu'à changer votre fusil d'épaule, en revenant à la simple médecine. L'expérience n'aura pas entraîné à des dépenses exagérées. Si, au contraire, ce qui est plus que probable, tout va bien! eh bien, vous n'aurez qu'à continuer..., comme le nègre de l'histoire! »

Mais, voilà, nous sommes en France; et je suis plus que certain d'avoir usé en vain ma plume à vanter

(1) Voir *Progrès médical*, pp. 119, 182 et 244.

(2) Cette manière de parler ne signifie pas du tout que je deviens... aliéné ; je me hâte d'en assurer le lecteur. Je veux dire simplement que dans quelque vingt ans il se trouvera sans doute des Anglais ou des Américains pour vulgariser ces idées, ou même les mettre à exécution, car ils en sont capables.

(3) Ce n'est pas sans intention que j'ai fait mettre un grand F!

ainsi à mes concitoyens les bienfaits des entreprises tentées en dehors des vénérés et vénérables Pouvoirs publics, qui nous gouvernent et nous... paralysent.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 avril 1897.

Sur l'immunité des Gallinacés contre la tuberculose humaine.

MM. LANNELONGUE et ACHARD, en inoculant à des poules et à des pigeons, soit des cultures, soit des produits tuberculeux venant directement de l'homme ou ayant passé par l'organisme du cobaye ou du lapin, ont vérifié maintes fois le très haut degré d'immunité des Gallinacés contre la tuberculose humaine. Chez les Gallinacés, l'inoculation de bacilles de la tuberculose humaine donne lieu à la formation de masses caséeuses, qui s'enkystent et restent à l'état de lésion locale pendant un temps fort long, sans qu'il se développe par la suite de lésions tuberculeuses à distance, par voie de généralisation. Cependant les bacilles restent dans le corps des poules et des pigeons, non seulement vivants, mais virulents, pendant un temps assez long, vingt-six mois environ, et ce temps est à peu près le même pour les bacilles préservés de tout contact avec les humeurs de ces animaux. Le sang des Gallinacés ne possède pas de substance immunisante pour le cobaye, et il n'en acquiert pas non plus sous l'influence de l'inoculation de la tuberculose humaine à laquelle ils résistent. L'immunité des gallinacés semble résulter seulement de ce que, dans la majorité des cas, le bacille de la tuberculose ne se multiplie pas dans leur organisme, bien qu'il y garde sa vitalité et sa virulence pendant des semaines et quelquefois des mois. Mais cette immunité n'est jamais que partielle, car les gallinacés, les poules plus encore que les pigeons, sont sensibles à l'action nécrosante des substances contenues dans le corps des bacilles.

De la cure radicale des hernies par les injections de chlorure de zinc.

M. le Dr DEMARS apporte un nouvel appui au traitement imaginé par M. le Pr Lannelongue pour les hernies inguinales. On sait que le procédé consiste, après réduction de la hernie, en injections de chlorure de zinc sur le pubis, en arrière et en dehors du cordon, qui renforcent la paroi antérieure du canal inguinal. Pour augmenter les chances d'obturer tout le trajet inguinal, M. Demars propose de pratiquer les injections sur le ligament pectinéal lui-même; il signale six cas de succès sur six opérations.

Séance du 3 mai.

Les origines des nerfs vaso-dilatateurs; leurs centres trophiques.

M. MORAT rappelle d'abord la localisation des nerfs inhibiteurs vasculaires ou vaso-dilatateurs dans le système grand sympathique qui les tient des racines médullaires, antérieures ou postérieures, suivant la partie de la moelle que l'on considère. Cette double provenance ne se fait pas, pour les vaisseaux d'une région donnée, dans des racines correspondantes : c'est ainsi que la face et l'appareil constructeur de l'iris reçoivent leurs filets inhibiteurs des racines antérieures dorsales, et du trijumeau qui est l'équivalent d'une racine postérieure. « Autant qu'on en peut juger par les exemples connus, la loi qui préside à la répartition des inhibiteurs vasculaires entre les racines est la suivante : ceux qui émanent des racines antérieures sont condensés vers ou dans la moelle dorsale qui renferme les origines principales du grand sympathique: ceux qui émanent des racines postérieures sortent de la moelle au niveau de ses renflements (bulbaire, lombaire) et suivent le trajet direct des nerfs sensitivo-moteurs de la région. » M. Morat démontre par l'expérience que les centres trophiques des nerfs inhibiteurs vasculaires qui suivent la voie des racines postérieures se trouvent dans la moelle et non dans le ganglion spinal. Pour cela, il sectionne chez un chien entre la moelle et le ganglion d'un côte les deux dernières racines postérieures lombaires et la première racine postérieure sacrée, et constate au bout d'un certain temps que l'excitation du bout périphérique ne provoque plus la vaso-dilatation cutanée dans le membre correspondant, tandis que la même excitation la fait apparaître du côté sain. C'est donc que les inhibiteurs vasculaires sont dégénérés périphériquement à la suite de cette section (en sens inverse par conséquent des nerfs sensitifs), ce dont il faut conclure que leurs centres trophiques sont, non dans le ganglion spinal, mais plus haut, dans la moelle épinière. P.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 mai. — PRÉSIDENCE DE M. DUPUY.

M. BOINET adresse une note sur la *résistance des animaux aux toxines* après l'ablation des capsules surrénales. Les rats que l'on a privés d'une seule capsule surrénale se guérissent parfaitement; mais si l'on enlève les deux capsules, la résistance aux intoxications fléchit singulièrement.

M. LAVERAN. — Le *pigment ocre* a été rencontré souvent chez les individus atteint de paludisme; mais ce n'est pas le principal qui se trouve dans cette affection. Le pigment noir, par exemple, qui est produit aux dépens du sang par l'intermédiaire des hématozoaires du paludisme, possède une valeur symptomatologique bien plus grande, puisqu'on le voit apparaître au cours des accès paludiques dans l'intérieur même des parasites du sang, sous forme de granulations fines qui viennent s'accumuler dans le foie et la rate. C'est donc véritablement le pigment palustre; et il est facile de le distinguer du premier. Il est noir, ou d'un rouge sombre, il s'accumule surtout dans la rate, on le retrouve dans les leucocytes du sang. Au point de vue chimique, les réactions des deux pigments établies depuis longtemps ne sont pas moins nettes.

MM. BATAILLON et DUBAR adressent une note présentée par M. Metschnikoff sur *un nouveau type de tuberculose.*

MM. GILBERT et CARNOT. — Sur l'*opothérapie hépatique dans les hémorragies.* — Frappés de la fréquence si connue des hémorragies de toute nature dans les cas d'insuffisance hépatique rendus manifestes par la clinique, les auteurs ont essayé l'action thérapeutique de l'extrait de foie chez une malade affectée d'hémorragies nasales à la suite de cirrhose du foie. L'arrêt de l'hémorragie fut immédiat, mais elle reparut ensuite. Il en fut de même de cinq hémoptysies d'origine tuberculeuse.

M. LUYS présente une note sur *les caractères photographiés des étincelles électriques.* Les différentes espèces de décharges donnent sur les plaques au gélatinobromure des images différentes.

M. BOURQUELOT revient sur les *propriétés des ferments oxydants* et leur comparaison avec les corps oxydants empruntant leur oxygène à l'atmosphère. Le carmin d'indigo tire de l'oxygène de l'air, dans les conditions normales, en aussi grande quantité que l'on veut, en rétrocédant son oxygène aux corps plus oxydables que l'on lui fournit. Ces corps se rapprochent donc des ferments oxydants et n'en diffèrent donc que parce que leurs propriétés chimiques ne sont pas abolies par l'action de la chaleur.

M. DELEZENNE adresse une note sur la *coagulation du sang* chez les Reptiles.

M. BOURQUELOT. — Sur *la conservation des ferments oxydants des Champignons.* — Ces ferments se conservent en général en solutions chloroformées, la glycérine a été proposée récemment pour les ferments des végétaux supérieurs par M. Schalles (de Strasbourg). M. Bourquelot

l'a employée et trouvée à ce point utile pour les ferments des végétaux inférieurs qu'il l'a préconisée comme réactif dans le plus grand nombre des expériences sur les ferments.

M. Bourquelot dépose une note de M. Bougand sur *l'emploi de la solution glycérique des ferments oxydants*, pour reconnaître la tyrosine.

M. Hanriot se demande si ce réactif unique suffit à caractériser la tyrosine.

M. Bourquelot répond que M. Bougand, trouvant le nouveau réactif le plus sensible de tous, ne s'est pourtant pas tenu à lui seul.

M. Figuier. — *Sur les produits de décomposition des matières albuminoïdes et leur valeur nutritive.*

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai. — Présidence de M. Caventou.

Anatomie pathologique de l'œdème aigu du poumon.

M. J. Renault montre qu'au point de vue anatomique la forme d'œdème aiguë du poumon décrite par M. Huchard est aussi tranchée qu'au point de vue clinique. C'est un œdème compact à consistance de gelée légèrement violette parcouru par des tractus réticulés. La partie atteinte tombe au fond de l'eau. Il existe une énorme inondation séreuse des alvéoles pulmonaires dans toute l'étendue du point intéressé. L'endothélium alvéolaire a partout disparu dans les limites de l'œdème congestif. Le poumon est donc annulé comme appareil aérophore dans les points atteints. Il est annulé comme appareil hématophore par l'aplatissement des capillaires. L'augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation invoquée par M. Huchard répond bien à ces lésions. Les lésions artérielles sont plus importantes que les lésions rénales. Si les brightiques interstitiels sont plus exposés que d'autres à l'œdème congestif du poumon, c'est qu'il réunissent mieux que d'autres les conditions essentielles de la production de celui-ci : artères dures, myocarde malade, système nerveux vivant sous un régime d'intoxication et susceptible de ce chef d'exercer des actions vaso-motrices aberrantes, parce qu'il ne vit plus et ne se nourrit plus normalement, et qu'il reçoit, par contre, à chaque instant, des incitations anormales de la part des toxines retenues dans le sang et dans les tissus, et qui le sollicitent à des poussées diapédétiques vers les points faibles de son organisme.

M. Landouzy rapporte deux observations montrant l'extrême importance des lésions aortiques qui peuvent produire l'œdème même sans lésion rénale.

M. Brouardel, dans ses expertises médico-légales, a rencontré les lésions du rein au moins dans les trois quarts des cas. C'est souvent une influence accidentelle. traumatisme, refroidissement, qui réveille la néphrite jusque-là latente et méconnue. La mort survient parfois en quatre heures seulement.

M. J. Renault, tout en admettant le rôle important du brightisme, rôle qui s'explique de lui-même par l'auto-intoxication, rappelle que les altérations du rein ne sont pas constantes. Peut-être l'œdème aigu d'origine brightique est-il un peu moins rapide.

Discussion sur l'appendicite.

M. Dieulafoy, en réponse à la communication de M. Dumontpallier, montre que la typhlite doit être absolument séparée de l'appendicite vraie. Dans celle-ci le traitement médical ne sert à rien. Le seul traitement utile est l'intervention chirurgicale pressée.

M. Dumontpallier persiste à croire qu'à côté d'indications absolument formelles il y a eu des abus dans l'intervention. Les statistiques donnant 90 0 0 de guérisons par le traitement médical subsistent tout entières.

Redressement brusque de la gibbosité dans le mal de Pott.

M. Menard (de Berck), dans une série d'expériences sur le cadavre, a constaté que par ce redressement brusque une vaste caverne pleine de débris tuberculeux et ne pouvant se réparer par un cal osseux se produit. La reproduction de la gibbosité paraît donc à la longue fatale.

Le serment des médecins Hindous.

M. Liétard (de Plombières) montre les analogies entre le serment d'Hippocrate et le serment prononcé par les médecins Hindous, serment qui date du premier siècle de notre ère.

Élections.

L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale (en remplacement de M. Strauss).

Voici l'ordre du classement : 1re ligne, M. Rendu ; 2e ligne, M. Joffroy ; 3e ligne, M. Troisier ; 4e ligne (*ex æquo* MM. Chauffard, Gaucher, Marie.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mai 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Péritonites généralisées.

M. Peyrot pense avoir vu deux cas de péritonite généralisée. Un jeune homme est pris d'appendicite perforante et reste six jours avant qu'on l'opère. Incision au-dessus de l'arcade. Le péritoine est rempli de pus séreux et l'appendice se montre perforé; on le résèque. Incision alors du côté gauche. La main, pendant le lavage, brosse les intestins jusque sous le diaphragme ; quatre drains. Aucune suture. Pendant quarante-huit heures, l'état reste aussi grave que possible : vomissements, délire, etc. Ce n'est qu'au bout d'une semaine que le malade put supporter un peu de glace au café. La cicatrisation ne se fit qu'au soixantième jour. Un homme est pris de douleurs, ballonnement, vomissements ; mêmes incisions, ne détachant pas l'appendice adhérent. Epanchement paraissant moins infectieux; pas de lavage ; drainage comme précédemment. Vers le dixième jour, issue de matières fécales par le drain droit; puis tout rentra progressivement dans l'ordre. Ces deux faits sont des exemples de guérison de péritonite généralisée.

M. Lucas-Championnière. — Une enfant de 9 ans reçut un coup de pied dans le ventre ; suppuration qui se localise dans le péritoine. Incision et drainage ; guérison. Cette malade paraît avoir bien eu une péritonite et cependant elle a guéri.

M. Reynier n'a jamais nié la possibilité d'une guérison spontanée ou chirurgicale de la péritonite généralisée. C'est le diagnostic qui est difficile. Tous les symptômes cliniques de péritonite généralisée ne sont nullement caractéristiques ; ils sont de probabilité, mais non de certitude. Quand on a ouvert le ventre, est-il possible de faire le diagnostic de péritonite généralisée? Pas toujours. Ce n'est pas par les succès exceptionnels que l'on vient présenter qu'on peut donner une idée de la meilleure conduite à tenir, mais bien par des statistiques complètes ; et ce sont les mauvais cas qui peuvent donner les meilleurs enseignements. C'est à la bactériologie aussi qu'il faudrait s'adresser pour connaître de la gravité du pus suivant les cas. On recommande de laver et de brosser l'intestin ; mais il faut craindre le shock que l'on peut provoquer. Il faut se rappeler les notions physiologiques sur les réflexes péritonéaux. Il faut savoir que les péritonitiques meurent par le cœur et l'infection. Qu'on les prolonge, qu'on conjure ce danger du cœur par la caféine, les injections du sérum, qu'on donne au péritoine le temps de se défendre et attende l'infection localisée, alors on opèrera dans de bien meilleures conditions. Pour qu'il se forme des adhérences, pour que la localisation puisse se produire, il faut que le malade résiste assez longtemps ; et il résistera assèz longtemps si on soutient son cœur. La bactériologie pourra donner les meilleurs renseignements. Le streptocoque intrapéritonéal sera grave et il n'y aura guère d'intervention

utile dans ces cas. Le staphylocoque, le pneumocoque au contraire laisseront quelque espérance. Enfin, comme conclusion thérapeutique, il ne faut pas opérer dès la première heure; il faut attendre que la nature ait préparé l'intervention par la localisation péritonéale.

M. Quénu présente un cas de *luxation sous-scaphoïdienne incomplète en dedans*.

M. Motais (d'Angers) présente un cas de *chute congénitale de la paupière*. Il substitua un faisceau du droit supérieur au relèvement de la paupière par une suture au bord du cartilage tarse.

M. Kirmisson présente un cas d'*ostéite tuberculeuse du fémur traités par la tunellisation du condyle*.

M. Kirmisson présente un malade atteint d'*ostéomyélite ancienne*. M. B.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE

Séance du 4 mai 1897.

Opération faite avec succès dans un cas d'otite sèche.

M. Miot lit l'observation d'un malade auquel il a excisé le tympan gauche, puis le tympan droit, et chez lequel il a obtenu une amélioration considérable.

Traitement des déviations de la cloison du nez.

M. Sarrement dit que l'électrolyse doit être conservée pour les malades pusillanimes. Il recommande de reséquer la partie saillante de la cloison. Pour la cloison cartilagineuse il faut employer un bistouri boutonné et le spéculum de Palmer. On sectionne la partie inférieure de la déviation jusqu'au niveau du plan normal de la cloison, puis on le redresse verticalement, et au besoin on emploie le serre-nœud si un morceau de muqueuse n'est pas complètement détaché. Il fait opérer à la scie les déviations sous-cartilagineuses et osseuses. La tréphine mue par l'électricité est généralement préférable.

M. Noquet trouve que l'électrolyse lui a donné de bons résultats.

M. Martin dit que l'on ne peut limiter l'action de l'électrolyse dans la perforation de la cloison osseuse.

Rapport sur les causes des paralysies récurrentielles.

M. Lermoyez pense qu'actuellement on pourrait établir trois formes de paralysie récurrentielle : 1° la *paralysie récurrentielle incurable grave* qui mène à la mort du fait des lésions qui l'ont déterminée; 2° la *paralysie récurrentielle incurable bénigne*, qui d'ordinaire n'est qu'une infirmité compatible avec une survie indéfinie, et 3° la *paralysie récurrentielle curable et bénigne* qui semble n'être que le résultat d'une névrite primitive, dont le refroidissement serait un des facteurs.

M. Cartaz dit que dans les 35 cas d'hémiplégiques qu'il a examinés, il n'a jamais trouvé de troubles vocaux.

MM. Tissier et Moure sont de cet avis.

M. Luc fait une triple communication sous les titres suivants : 1° *Nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire.* Après avoir rappelé que la guérison radicale de l'affection en question est une des tâches les plus ardues et souvent les plus désespérantes de la rhinologie, L... attribue les fréquents insuccès des diverses méthodes opératoires nasales et buccales usitées jusqu'ici, à ce que les premières donnent une voie insuffisante pour le curettage du foyer, et que les secondes maintiennent ce foyer en communication prolongée avec la bouche et l'exposent par conséquent aux causes multiples d'infection buccale. L'auteur a réussi à éviter les inconvénients des unes et des autres et à réunir au contraire leurs avantages respectifs par le procédé suivant qui est, en somme, l'application au sinus maxillaire de l'opération proposée par lui depuis plusieurs années déjà pour le sinus frontal. En voici les temps successifs : *a*) ouverture large du sinus maxillaire par incision de la muqueuse gingivale au bistouri, à 15 millimètres au-dessus du collet des dents, refoulement de la muqueuse avec la rugine, et resection de la plus grande partie de la paroi antérieure du sinus ; *b*) curettage minutieux des fongosités du sinus à l'aide de l'éclairage électrique, et cautérisation avec une solution forte de chlorure de zinc ; *c*) création avec la gouge et le maillet, d'un orifice de communication entre le sinus et la fosse nasale, au niveau de la partie antérieure et inférieure de la paroi interne de l'antre, et de l'extrémité antérieure du méat inférieur ; *d*) introduction, au moyen d'un stylet courbe, d'un drain à travers l'hiatus artificiel qui vient d'être créé. Ce drain est maintenu dans le sinus par son extrémité évasée, et ressort, d'autre part, par la narine ; *e*) réunion, par première intention, de la plaie gingivale, au moyen d'un catgut fin, après que le sinus a été bien saupoudré d'iodoforme. Dès lors l'opération est terminée. Au bout de trois jours environ, la plaie gingivale est cicatrisée et le foyer, soustrait au danger de l'infection buccale, n'est plus en communication avec l'extérieur que par le nez. Par le drain laissé en place, on le maintient aseptique les jours suivants au moyen d'injections d'éther iodoformé, et plus tard par des irrigations avec des solutions de formol ou d'acide borique. Au bout de 15 à 20 jours le drain est retiré, par une traction légère, hors du nez et la guérison est complète. M. Luc donne l'observation de trois malades opérés avec succès par cette nouvelle méthode, et présente deux de ses opérés.

2° *Nouveaux faits relatifs à la méthode Ogston-Luc pour la cure radiale de l'empyème frontal. Examen critique des insuccès et des accidents pouvant résulter de son exécution défectueuse.* Dans ce travail, ainsi qu'en indique le titre, M. Luc, relatant indistinctement ses succès et ses insuccès opératoires et accidents post-opératoires, fait lui-même le procès de la méthode proposée par lui pour la cure radicale de l'empyème frontal. Pour lui, le temps le plus important de l'opération, c'est le curettage et la désinfection du foyer, et il prouve, documents en main, que les récidives ou les graves complications intracraniennes susceptibles de se développer à la suite de l'intervention, résultent invariablement d'un curettage incomplet du sinus opéré. Parmi les cas heureusement opérés par L... figure la curieuse observation d'un homme de 45 ans atteint de pan-sinusite suppurée chronique, au sens rigoureux du mot, c'est-à-dire qu'il y avait chez lui suppuration de la totalité de toutes les cavités accessoires des deux fosses nasales (sinus maxillaire, cellules ethnoïdiales, sinus frontaux et sinus sphénoïdaux). Toutes ces cavités furent successivement ouvertes et curettées. Une autre malade fut opérée pour un empyème chronique des deux sinus maxillaires et des deux sinus frontaux. Elle ne guérit de sa sinusite frontale qu'à la quatrième intervention, après résection de la totalité de la paroi antérieure des sinus en question, dont la cavité se prolongeait latéralement jusqu'aux fosses temporales.

3° *Contribution à l'étude des complications intracraniennes survenant dans le cours des suppurations voisines du crâne (oreille moyenne, sinus frontal).* — Ce travail renferme trois observations d'abcès cérébral diagnostiqué et ouvert par l'auteur, dont deux du lobe frontal droit consécutifs à un empyème du sinus du même nom, et un du lobe sphénoïdal droit consécutif à une otorrhée. De ces trois faits, deux se terminèrent par la mort, l'un après une survie de cinq jours, l'autre après une survie de deux mois. Le sujet de la troisième observation, une femme de 33 ans, encore vivante à l'heure qu'il est (30 avril) porte depuis quatre mois un vaste abcès fistuleux du lobe frontal s'étendant actuellement à 13 centimètres de profondeur. Dans ce dernier fait, l'abcès cérébral fut précédé d'une méningite suppurée qui fut complètement enrayée par l'ouverture hâtive du crâne et le lavage de la pie-mère, et il paraît incontestable, ainsi que l'auteur le reconnaît lui-même, que son développement fut provoqué par les ponctions pratiquées par lui lors de cette première intervention, dans le lobe frontal, à travers la pie-mère infectée. L'auteur insiste sur la latence extraordinaire de l'abcès cérébral, notamment dans les cas où son contenu peut s'évacuer librement. Il cite notamment l'exemple de ses deux dernières opérées qui présentaient, en apparence, l'état physique et intellectuel le plus normal, alors que l'une portait dans son lobe sphénoïdal une cavité suppurante d'une capacité de [illegible]0 centimètres cubes, et que l'autre avait son lobe frontal droit creusé d'un trajet suppurant s'étendant jusqu'à 10 centimètres de l'écorce. En opposition avec cette latence de l'abcès encépha-

lique, l'auteur appelle l'attention sur les symptômes terrifiants qui peuvent résulter d'une simple infection de la surface externe de la dure-mère, et il cite deux cas où il suffit de pratiquer la dénudation et le nettoyage de cette membrane, pour faire disparaître comme par enchantement, ici, un ensemble de symptômes simulant un début de méningite, dans le cours d'une otite aiguë ; là, une grande attaque éclamptiforme et comateuse survenue cinq jours après un évidement pétromastoïdien. L... insiste sur les difficultés de diagnostic, parfois insurmontables, entre l'abcès sous-dural, la méningite et l'abcès cérébral. Ce problème ne sera généralement résolu, d'après lui, que par l'*opération exploratrice* consistant à aller à la recherche du pus, dans un cas donné de complications intracraniennes, par une série d'étapes représentées par la dure-mère, la pie-mère et le tissu cérébral. Le pus est-il rencontré à l'une des premières étapes, on n'est autorisé à la franchir que si les accidents graves persistent après 24 heures au moins. C'est au nom de ce principe que l'auteur condamne absolument la pratique consistant à ponctionner le cerveau à travers la dure-mère intacte. La dernière partie de la communication de L... est consacrée au traitement chirurgical de l'abcès cérébral, et tout particulièrement aux détails des soins consécutifs à l'ouverture de l'abcès et à la question de son drainage que l'auteur envisage comme la tâche la plus délicate et la plus laborieuse de ce traitement.

Du traitement chirurgical dans l'otite moyenne sèche.

M. Monnier présente son protecteur-gouge pour enlever la paroi interne de l'attique. Pour lui, il ne faut opérer que les malades ayant un Rinne négatif qui devient positif après la perforation du tympan.

M. Miot demande quelles ont été les suites de la cicatrice.

M. Monnier dit qu'il y a une tendance à avoir les brides cicatricielles venant à entourer l'étrier ; il les évite avec l'acide chromique.

M. Gellé a présenté un protecteur, qui était plus fort que celui de M. Monnier, et dans certains cas il a cédé sous la pression.

Rétrécissement de l'œsophage.

A ce propos M. Lannois présente une sonde portant une poire en caoutchouc sur un point de son trajet présentant plusieurs orifices. En insufflant de l'air dans la poire on dilate l'œsophage d'une manière sûre et progressive.

Contribution à la chirurgie de l'oreille. Considérations sur l'ostéo-périostite mastoïdienne suite d'otite moyenne.

M. Bonain attire l'attention sur la fréquence et l'importance des lésions de la paroi interne de la mastoïde dans l'ostéo-périostite suite d'inflammation de l'oreille moyenne. Dans nombre d'interventions pour mastoïdite ou complications intracraniennes de mastoïdite, on constate l'atteinte de la paroi interne de l'apophyse. Il est aussi permis de la soupçonner fortement dans certaines formes de mastoïdite, celle entre autres, décrite par Bezold, et qui consisterait, dit-on, en une suppuration des cellules de la pointe de l'apophyse. Vu la gravité habituelle de cette forme il est probable qu'elle n'est qu'un des modes de terminaison de l'ostéo-périostite de la corticale interne ; l'issue de la suppuration sous les muscles qui s'insèrent à la pointe mastoïdienne constituant sa principale particularité. L'extrême minceur de la corticale interne, le voisinage immédiat des cellules et de l'antre lui-même, les relations vasculaires de l'apophyse avec le sinus latéral, expliquent la facilité de son atteinte. Dans les six interventions dont il relate les observations, M. Bonain a toujours trouvé des lésions de la paroi interne. Il conseille donc, vu la gravité des complications que peut entraîner son atteinte (thrombose du sinus, pyohémie, méningite, abcès du cerveau et du cervelet, etc.), d'aller l'explorer et de mettre à nu le sinus, si les lésions rencontrées ne rendent pas un compte suffisant des symptomes observés. En agissant ainsi on n'aggrave guère l'intervention et on évite les chances d'insuccès. J. Baratoux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance de mars 1897.

M. Sabouraud fait une communication sur *la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire* (Voy. *Progrès médical*, p. 275.

M. Lemonnier (de Flers) communique une observation d'*urticaire géante avec troubles accusés du fond de l'œil.*

M. Jullien présente un cas de *chancres bilatéraux des amygdales*. Il s'agit d'une jeune fille vierge, qui a contracté la syphilis en « faisant les bouts de sein » à une syphilitique.

M. Petrini envoie une observation de *six chancres syphilitiques de la face.*

M. Barbe fait une communication sur *le traitement du lupus par le chlorophénol.* La méthode consiste en badigeonnages avec une solution à 20 0/0. Ils sont répétés tous les deux jours pendant plusieurs mois. Les résultats ont été très satisfaisants dans des cas où l'on n'aurait pas songé à traiter le lupus par toute autre méthode.

MM. Balzer et Griffon présentent un malade atteint de *cicatrices hypertrophiques consécutives à l'impétigo streptococcique.* A la suite de pustules, d'impétigo où l'on n'avait trouvé qu'une culture pure de streptocoques, sont survenues des cicatrices d'apparence chéloïdienne, rosées, mais relativement molles et non dures et fibreuses.

MM. Valude et Laur présentent un malade atteint de *chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire.* C'est là un cas exceptionnel, alors que le chancre de l'angle interne de l'œil ou du rebord palpébral n'est pas très rare. Dans l'espèce, le chancre siégeait dans le champ d'ouverture des paupières, et il s'accompagnait d'une adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire.

M. Barthèlemy présente un cas de *chancre syphilitique nain.*

M. Brocq présente une jeune fille atteinte d'*épithéliomes kystiques bénins* (nœvi épithéliaux kystiques). Aux régions sternale et sus-claviculaire se sont développées de petites tumeurs arrondies de la dimension d'une tête d'épingle ou un peu plus, d'un jaune rosé, indolentes. Elles ne renferment pas de liquide : elles sont symétriques. L'examen histologique sera fait ultérieurement.

M. Lesné communique un cas de *troubles trophiques cutanés d'origine probablement hystérique.*

M. Françon présente une femme atteinte d'une *mélanodermie de nature indéterminée.* Le diagnostic doit se faire entre l'Acanthosis nigricans et la maladie d'Addison.

M. Feulard présente une *pelade décalvante chez une femme et son enfant.* Chez la mère, la pelade est totale au cuir chevelu ; elle est fort ancienne (18 ans) et deux fois, à l'occasion de grossesses, les cheveux auraient repoussé pour retomber d'ailleurs après la naissance des enfants. L'enfant est âgé de cinq ans. Le début de la maladie n'est pas connu. On voit aujourd'hui une pelade décalvante avec quelques îlots réservés.

Séance du 26 avril 1897.

M. Abadie fait une communication sur *les injections intraveineuses de sels mercuriels solubles dans le traitement de la syphilis.* Par ce procédé on évite la douleur et les nodosités sous-cutanées. Ces injections sont sans danger ; elles ne sont difficiles que lorsque le réseau veineux sous-cutané du bras est peu apparent. Elles sont, en outre, très efficaces : M. Abadie injecte tous les jours 0 gr. 01 centigr. de cyanure de mercure.

MM. Darier et Gastou présentent une malade atteinte de *sclérodermie en plaques* améliorée par l'électrolyse.

M. Cornillaud présente un malade atteint d'une *corne cutanée* de la région cervicale et dont la longueur est de 0.1[illegible] cent. Le début remonte à trois ans.

MM. Dubreuilh et Frèche font une communication sur *le lichen plan isolé de la bouche.* Lorsqu'il y a coexistence de papules buccales et cutanées, le diagnostic est facile, mais il n'en est pas de même lorsque la lésion se limite à la muqueuse buccale et le lichen peut en imposer alors pour de la leucokératose.

MM. [illegible] font une communication sur les *[illegible]*. Elles peuvent oblitérer complètement les [illegible]. Mais en général, elles sont assez bien supportées et ne déterminent pas les troubles fonctionnels que l'on pourrait supposer.

M. [illegible] présente une malade atteinte de *glossite exfoliatrice [illegible] du voile du palais*. — Il pense qu'il s'agit d'une simple [illegible].

M. [illegible] (de Bordeaux) fait une communication sur les *[illegible]*. On peut, en effet, voir les [illegible]ures débuter dans la vieillesse alors que la [illegible]. Elles sont alors très rebelles. Au lieu des [illegible] de l'enfance des jeunes sujets, l'[illegible] s'accompagne d'[illegible] dermiques et d'altérations [illegible].

M. [illegible] présente un malade atteint d'*excroissances cornées du sillon balano-préputial*. Elles ont entraîné des ulcérations qui ont amené la chute du prépuce et une sorte de circoncision. Le malade avait été atteint de verrues de la main et peut-être faut-il penser qu'il s'est agi d'auto-inoculation.

MM. Ménéau et Frèche font une communication sur *l'origine nasale du lupus de la face.* P. R.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Rédacteur spécial : Dr L. MERLE.

—

I. — Sulla quistione dello sviluppo e della maturazione del follicolo di Graaf durante la gravidanza; par G. Cosentino. — *Archivio di ostetricia e ginecologia*, gennaio 1897, page 1.

I. — L'observation de l'auteur s'appuie sur l'examen histologique de deux ovaires provenant d'une femme morte subitement, au sixième mois de sa grossesse, à la clinique obstétricale de Catane. Pendant la grossesse, le développement de la vésicule de de Graaf et la chute de l'ovule continuent-ils, sont-ils suspendus ou subissent-ils des modifications spéciales? La question n'est pas encore résolue. Pour Schulein, pendant la grossesse, l'ovaire reste inerte; Scanzoni, Meigs, Slavjanski soutiennent, au contraire, que l'ovulation continue, ayant trouvé, exceptionnellement il est vrai, des follicules à maturité et des corps jaunes récents. Cuzzi et Berti admettaient qu'il pouvait y avoir un commencement de maturation des follicules de de Graaf. De même Negri et Parona. Bajardi croyait possible la déhiscence du follicule et Paladino, dans son ouvrage classique sur les ovaires, a soutenu que pendant la grossesse la fonction ovarienne continue. Mais dans les observations de ces auteurs on ne peut songer qu'il s'agit d'ovulation complète, car il n'y a pas un seul cas bien observé de rupture du follicule et de chute de l'ovule. La vraie preuve fait donc défaut. Cette preuve, Cosentino croit l'avoir trouvée, chez la malade qu'il a observée.

Il s'agissait d'une femme de 34 ans, enceinte pour la sixième fois, de six mois environ. Cette femme, en se promenant dans la clinique, se sentit tout à coup faiblir, elle jeta un cri, tomba à terre et en quelques minutes avait cessé de vivre. A l'autopsie on trouva comme cause de la mort une endocardite chronique gauche, spécialement valvulaire, conséquemment, une insuffisance de l'orifice aortique gauche et insuffisance relative de l'orifice veineux droit.

Mais l'intéressant pour l'auteur a été l'examen de l'utérus et des ovaires. Le corps utérin mesurait 19 centimètres de hauteur, son diamètre transversal au niveau de l'insertion des trompes était de 18 centimètres. La masse placentaire s'insérait sur le fond de l'utérus à la partie postérieure; il y avait un demi-litre environ de liquide amniotique. Le fœtus présentait le siège et avait un circulaire du cordon autour du cou.

Les ovaires furent enlevés avec les trompes pour l'examen microscopique. L'ovaire droit, de forme presque ovoïde, était long de 4 centimètres et large de [illegible], sa surface était boursouflée. Sectionné par une incision transversale il offrait, dans la substance corticale, trois cavités kystiques à contenu liquide dont le diamètre variait de 5 à 15 millimètres, et, à la partie antérieure, un corps jaune récent à en juger par son aspect particulier.

L'ovaire gauche avait la forme d'une amygdale, était long de 39 millimètres, large de 18, de consistance normale; sectionné transversalement, il ne présentait rien d'anormal. L'auteur entre alors dans le détail des préparations minutieuses qu'il a fait subir à ces ovaires afin de pouvoir les examiner au microscope et ce qu'il a vu est extrêmement intéressant. Ces organes ont été sectionnés au moyen du microtome de Jung suivant leur diamètre transverse. Dans ces nombreuses préparations, 800 environ, on put constater des follicules de de Graaf à différentes périodes de développement, mais pour l'étude de l'ovulation, il a choisi les plus développés où il est plus facile de pouvoir observer les diverses parties composant le follicule et les caractères de la maturité.

Dans ces préparations on voit sept follicules variant de mm. 35×35 de diamètre à celui de mm. 45×40, dans lesquels on peut constater non seulement les phases diverses de leur développement jusqu'à maturité complète; mais, de plus, dans l'un d'eux, existe la preuve jusqu'alors demandée et en vain recherchée, pour admettre un processus naturel de maturité, c'est-à-dire la preuve de la déhiscence du follicule mûr et de la chute de l'ovule. Ces préparations montrent que dans l'état de gravidité, les phases diverses du processus d'ovulation sont les mêmes que si l'utérus n'était pas en état de gestation.

L'auteur n'a pas tenu compte des follicules primordiaux qu'en grand nombre il a trouvé à des degrés variables de développement. Dans certaines préparations on voit le seul cumulus proligère, constitué par des éléments ronds, petits, détachés sur la moitié de leur circonférence, de la paroi du follicule, avec, à leur centre, une tache de couleur blanche, la vitelline de l'œuf. Dans un autre, on peut distinguer deux follicules à une période de maturité plus avancée; dans l'un d'eux, le vitellus est seul; dans l'autre se voient bien la membrane vitelline, le vitellus et la vésicule germinative.

Une troisième préparation offre un très beau disque proligère et on voit l'ovule avec tous ses éléments, zone pellucide, jaune, vésicule germinative et tache germinative.

Il faut remarquer que les follicules, assez avancés en maturité, se trouvent encore assez distants de la surface libre de l'ovaire. L'épaisseur du stroma ovarien interposé entre l'enveloppe du follicule et l'épithélium superficiel est assez considérable. On sait qu'en dehors de la gestation, tous les follicules qui ont atteint leur parfaite maturité ne se rompent pas et que, chez un grand nombre, le processus d'évolution se termine par oblitération. Les faux corps jaunes décrits par Paladino ne sont que des follicules non rompus.

On ne sait encore rien sur ces follicules qui ont acquis, pendant la grossesse, un certain degré de maturité; subissent-ils un processus d'involution, ou passent-ils en un temps plus ou moins long par toutes les phases de leur développement, en se rapprochant toujours davantage de la superficie de l'ovaire?

Que l'évolution du follicule puisse être interrompue dans une phase de son développement, est une opinion préconisée par Scanzoni et démontrée par Bajardi qui a trouvé une néoformation de cellules conjonctives et des vaisseaux capillaires pénétrant dans la cavité du follicule et refoulant en avant la membrane granuleuse qui se dissocie, se détruit lentement et disparaît.

Dans ces follicules, bien vite l'ovule dégénère et disparaît, et à la place du follicule reste un tissu cicatriciel qui a été appelé corps jaune faux.

Mais que pendant la grossesse le follicule de de Graaf puisse arriver à maturité complète et éclater à la surface de l'ovaire, cela est démontré, de la façon la plus nette, par une autre préparation que montre l'auteur.

On y voit un follicule de de Graaf éclaté, surpris sur le fait même, de forme presque circulaire, de 15 mm. de diamètre, à bords frangés, avec un riche réseau de vaisseaux artériels et veineux entourant l'enveloppe et un ovule mûr avec tous ses éléments, dans une masse de substance moléculaire déposée entre la membrane granuleuse et la paroi du follicule.

Avec un fort grossissement, on voit le tractus fibreux de l'enveloppe infiltré d'éléments cellulaires ronds et polyédriques comme on en rencontre dans les follicules mûrs tout prêts à se rompre.

Deux corps jaunes trouvés sur les deux ovaires présentaient les caractères de deux corpi lutei récents. Celui de l'ovaire droit avait la forme d'un disque de couleur jaune de chrome, d'un diamètre de mm. 10×6 1/2, à bord régulier avec des cellules et des granulations de pigment jaune dans les fines trabécules conjonctives disposées par rangs.

Différent était celui de l'ovaire gauche, par ses dimensions plus petites, par son contour ondulé, par la presque disparition du contenu jaunâtre et des cellules granuleuses, enfin par les signes d'une métamorphose régressive plus avancée qui en indiquaient l'origine plus ancienne.

Le volume et les apparences physiques du premier corpus luteum ne permettaient pas de douter que les modifications involutives du follicule étaient survenues pendant la gestation. Aucun doute ne peut subsister, étant donné les conditions anatomiques des tissus périfolliculaires, l'épaisseur des fibres conjonctives, l'absence d'infiltration cellulaire de la paroi du follicule, que le corpus luteum appartenait à une vésicule de de Graaf dont le processus involutif avait lieu sans déhiscence précédente.

Donc, des deux corpi lutei, l'un appartenait au follicule dont l'ovule avait été fécondé, et l'autre à un follicule qui avait acquis un certain degré de maturité pendant le cours de la grossesse. Le follicule en voie de déhiscence aurait fourni certainement un corpus luteum vrai, si la grossesse avait suivi son cours normal.

Conclusion : De l'étude des préparations microscopiques faites, on peut tirer la conclusion que, durant la grossesse, les ovaires peuvent continuer leur activité physiologique, jusqu'à la rupture du follicule de de Graaf et à la chute de l'ovule.

II. — Utero armato e presentazione podalica ripetuta ; par Ferruccio Griziotti. — *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Gennaio, 1897, p. 1.

II. — On sait que parmi les causes qui prédisposent aux présentations de l'épaule figurent certains vices de développement de l'utérus qui altèrent sa forme à la fin de la grossesse, en rendant le diamètre transversal plus grand que le diamètre vertical ou tout au moins égaux entre eux. Ce serait là pour beaucoup d'auteurs l'unique cause des présentations de l'épaule, présentations qui se retrouveraient à chaque grossesse. Pour d'autres, au contraire, en moins grand nombre, Morisani entre autres, la malformation utérine serait plutôt la conséquence que la cause de la présentation vicieuse, ce qui est vrai pour quelques cas. Il faut ajouter une autre cause, les viciations pelviennes. Ces raisons sont vraies non seulement pour les présentations de l'épaule, mais encore pour les présentations du siège. Griziotti a observé à la clinique d'obstétrique et de gynécologie de Parme, un cas de présentations du siège répétées dans un utérus arcuatus, qui lui a paru intéressant à ce point de vue. Il s'agit d'une femme de 39 ans, quintipare, arrivée à la clinique le 27 janvier 1896. Santé toujours excellente, légèrement boiteuse, réglée à 13 ans régulièrement. Première grossesse en 1891, normale, accouchement à terme d'un enfant venu par le siège mais mort pendant l'accouchement. En 1892, seconde grossesse à terme, présentation du siège, enfant mort comme le premier. Troisième accouchement à terme en 1893, l'enfant se présentant par l'épaule fut mis en présentation du siège par une petite manœuvre du médecin qui assistait la malade ; enfant mort. Ces trois accouchements avaient eu lieu à domicile. En 1894, quatrième grossesse à terme, quatrième accouchement par le siège à la clinique de Parme, enfant vivant. Cinquième grossesse l'année suivante ; la femme revient à la clinique. Examen : femme normale à part la légère boiterie due à un raccourcissement du membre inférieur droit. Pas trace de rachitisme. L'enfant se présentait encore par le siège. Extraction d'un enfant vivant de 2.600 gr. et 48 centimètres de long. Aussitôt après l'expulsion, le palper permit de sentir le fond de l'utérus distinctement bifide. Le placenta présentait une division très nette en deux moitiés, à forme presque discoïdale ; au point de réunion des deux lobes, le tissu placentaire était fortement aminci. Le point de rupture du sac ovulaire, par où était sorti le fœtus, était diamétralement opposé au trait de réunion des deux lobes placentaires. L'utérus examiné à vide avait son fond un peu au-dessus de la symphyse pubienne; ce fond palpé attentivement était large, incurvé, un peu plus développé à droite et mesurait approximativement 12 centimètres de diamètre transverse. On sentait, quoique pas très nettement, un sillon de séparation entre les deux moitiés du fond utérin.

Les circonstances qui peuvent favoriser les présentations du siège peuvent tenir au fœtus, à ses annexes ou à la mère (viciations pelviennes, pluriparité, malformations utérines). Dans l'observation rapportée, la présentation défectueuse ne peut être attribuée qu'à la conformation vicieuse de la matrice, et Griziotti passant en revue toutes les autres causes démontre qu'elles n'étaient nullement en jeu dans ce cas. Aussi termine-t-il son article en disant que si Pfannenstiel a fait connaître la fréquente coïncidence d'utérus mal formés avec des bassins larges, Truzzi a mis en relief l'autre coïncidence non moins fréquente des présentations du siège avec bassins larges. De ces deux constatations il est permis de tirer une conclusion logique et d'affirmer que « dans les bassins larges transversalement, il est fréquent de constater un utérus mal formé avec diamètre transverse plus grand que normalement, utérus dans lequel le produit de conception s'accommode en présentation du siège, quelquefois même dans des grossesses successives chez la même femme. »

THÉRAPEUTIQUE

Clinique médicale de l'Université de Berlin. — Service de M. le Pr Gerhardt.

Influence de l'Apenta sur les échanges dans l'Obésité.

Au commencement de l'hiver 1897, j'ai été chargé par M. le Pr Gerhardt d'expérimenter l'influence de l'Apenta dans le traitement d'un cas particulier d'obésité. Ces recherches ont paru intéressantes pour diverses raisons.

MM. Noorden et Dapper ont récemment attiré l'attention sur l'utilité qu'il y aurait à constituer de nouvelles expériences ayant pour but de déterminer l'action des eaux minérales sur les échanges nutritifs en se plaçant au point de vue des théories modernes. Les auteurs ont d'abord dirigé leur attention sur les sources chlorurées sodiques et ont obtenu des résultats cliniques qui, non seulement ont donné une base théorique aux expériences de la pratique, mais ont également modifié considérablement certains dogmes qui ont eu cours jusqu'à ce jour sur le régime adopté dans les cures hydro-minérales.

D'après Dapper, il n'existe qu'une expérience que Noorden a faite sur une malade qui souffrait de constipation habituelle avec l'eau d'Hunyadi. Voici le cas.

Il s'agissait d'une femme de 50 ans, constipée à l'extrême. Du 15 au 17 avril 1890 on lui donna une nourriture composée de pain blanc, de viande hachée, lait, beurre et sel. Ce jour-là elle perdit 77 grammes de graisse. En outre, elle boit le matin à jeun 357 grammes d'eau d'Hunyadi ; à son état normal elle avait des selles faciles.

On trouvait dans les matières fécales 2 grammes 98 de graisse par jour, ce qui correspondait à 3,87 0/0 de la totalité des aliments ingérés pendant 24 heures.

La résorption de la graisse était donc excellente. Cette observation est importante, parce qu'elle a été faite dans une maladie qui donne souvent lieu à l'emploi de laxatifs salins.

De nouvelles expériences avec des eaux purgatives salines sont donc indiquées ; mais, jusqu'à présent, elles étaient rendues difficiles par la composition inconstante des eaux du commerce. A ce point de vue l'Apenta paraît nous offrir d'excellentes conditions.

Voici une observation qui se rapporte à une femme très obèse ; elle nous fournit en même temps des renseignements, sur la résorption des aliments et leur transformation chez les obèses.

Femme de 60 ans, 8 enfants, dont 6 morts en bas âge. Réglée pour la dernière fois il y a 7 ans. Depuis lors obésité; marche difficilement; depuis 6 jours douleurs généralisées.

Pourtour de l'abdomen au nombril 130 centimètres; rate normale; urine sans sucre ni albumine.

L'expérience se composa de 3 périodes : Première période de 4 jours, puis une période principale de 7 jours et une dernière période pendant laquelle elle a pris le matin à jeun un verre à bordeaux (environ 125 grammes) d'Apenta.

Dans la période qui précéda et qui suivit elle eut tous les jours une selle et pendant la période principale 2 *selles*. L'appétit au commencement était moyen, et devint meilleur pendant le cours du traitement. La malade prétendait que l'Eau lui excitait l'appétit. La nourriture pendant la période principale se composait d'une alimentation dont la valeur calorique est de :

Albumine	432,025	calorique
Graisse	1.328,040	—
Hydrate de carbone. .	1.273,460	—
	3.053,525	—

soit 29.79 de calorique par jour et par kilo du poids de la personne.

Pendant l'expérience le poids de la patiente a varié dans les proportions suivantes :

Au commencement de la période qui a précédé. .	102,5	kilog.
Au commencement de la période principale . . .	99,5	—
Au commencement de la période consécutive . .	98,5	—
A la fin	98,0	—

La résorption des corps contenant de l'azote était suffisante et leur diminution pendant la période principale fut peu de chose étant données les qualités laxatives de l'Apenta.

L'absorption de la graisse prise avec la nourriture était à peu près la même que celle d'une personne bien portante. Sa diminution pendant la cure peut être considérée comme très minime. Comme on pouvait s'y attendre, connaissant la quantité de nourriture absorbée, ainsi que la valeur calorique, l'alimentation était tout à fait suffisante. C'est ce que nous démontre très positivement la balance de l'azote.

Nous avons donc réussi, dans ce cas, à obtenir, sans préjudice pour l'albumine, une diminution de la graisse. Si nous ajoutons encore que la patiente ne souffrit aucunement, nous pouvons considérer cette cure comme très satisfaisante. (Extrait de la *Berliner klinische Wochenschrift*, 22 mars 1897.)

BIBLIOGRAPHIE

Medicinische Abdhandlungen. Festschrift des Stuttgarter ærztlichen Vereines zur Feier seines 25 jæhrigen Bestehens am 6 Marz (Monographies médicales). Recueil de l'Association médicale de Stuttgart pour son 25e anniversaire (le 6 mars); par Deahna (A.). — Stuttgart, 1897.

Ce volume représente un recueil de trente-six monographies, écrites chacune par un spécialiste. Les trois premières monographies s'occupent plus particulièrement des *intérêts médicaux de la ville de Stuttgart.* La quatrième, écrite par Reinert, a pour titre : *Sur la genèse des maladies infectieuses des poumons, de la plèvre et du cœur.* L'auteur fait une étude très détaillée et très intéressante de la pneumonie par contusion; de la pleurésie simple, purulente et tuberculeuse, toutes par contusions. L'article de Scherer (cinquième) traite de l'*œdème malin chez l'homme.* Celui de Halz (sixième) a pour objet : *Tumeurs de la moelle épinière chez l'enfant.* Rembold, dans le septième article, étudie la *ponction de la région lombaire en cas de méningite tuberculeuse.* Dans la huitième monographie, Rosenfeld décrit la *position du cœur dans les cas de conformation infundibuliforme de la paroi antérieure du thorax.* M. Echberg décrit (neuvième monographie) un cas de *maladie de Barlow.* Marc Weil (dixième monographie) s'occupe des *troubles visuels hystériques chez les enfants.* Fauser (onzième monographie) traite du *tabes dorsalis* avec alternance des crises gastriques et des douleurs lancinantes. Fischer (douzième monographie) présente un cas d'*allochirie.* Dietz (treizième monographie) s'occupe des *névroses traumatiques de la dementia paralytica.* Wildermuth (quatorzième monographie) étudie l'*étiologie de l'épilepsie.* Bok (quinzième monographie) fait une étude de l'*aphasie* et de son traitement. Krauss (seizième monographie) donne un article très intéressant sur l'*intoxication par l'acide sulfurique.* Gessler (dix-septième monographie) parle de la *valeur thérapeutique de l'ozone.* Hoffmann (dix-huitième monographie) étudie les *rapports de la médecine vétérinaire avec la médecine humaine.* Parmi les dix-huit monographies, qui nous restent encore à signaler dans ce volume, faisons une mention spéciale pour celle de Zimmermann (vingt-neuvième monographie) : « *Les modifications provoquées dans l'organe de la vision par une lumière intense* » et celle de Fehling (trente-cinquième monographie) : « *Cent cas d'hystérectomies vaginales* ». M. B.

Guy's Hospital Reports. edited by E. C. Ferry and W. Jacobson. Vol. LII. — London, J. et A. Churchill, 1896.

Ce volume qui s'ouvre par une notice détaillée sur le Dr Arthur E. Durham, chirurgien de Guy's Hospital, renferme les mémoires suivants : Orteil fléchi, orteil en griffe, pied creux, (ou Hallux flexus, claw toe and pes cavus), par Daviers Colley; — Des défectuosités acquises du maxillaire et de leur traitement, par Newland-Pedley ; — Cirrhose du foie chez les enfants, par Fr. Taylor ; Cas d'appendicite, par W.-J. Tyson ; — Déchirure du périnée de la femme, variétés, mécanisme, causes et traitement, par Thos. G. Stevens; — De l'excrétion urinaire dans la goutte et des effets du colchique et du salicylate de soude, par John Fawcett; — Rétinite albuminurique, pronostic et pathologie, par Sutton ; — Cas d'anémie splénique ou splénomégalie primitive, par Fr. Taylor; — Pylorectomie suivie de sueurs pour un cas de carcinome, dans lequel le bouton de Murphy a été employé pour réunir le duodénum et l'estomac, par L.-A. Dunn.

Ce volume, illustré de plusieurs planches et de figures dans le texte, comprend aussi la liste des pièces ajoutées au Musée de l'hôpital durant l'année 1895, avec une courte notice sur chaque pièce. Dr Wasp.

La Photographie de l'amateur débutant; par Abel Buguet. — Société d'Editions scientifiques, Paris, 1897, Ve édition.

M. A. Buguet vient de donner une nouvelle édition de sa *Photographie de l'amateur*, ouvrage qui a été un succès dès son apparition et qui est véritablement indispensable à tous ceux qui commencent la photographie. Il est écrit d'un style clair et précis qui ne laisse pas place à l'hésitation et il est certain que l'amateur, sans autre guide que cet ouvrage et sans avoir pris de leçons préalables, est à peu près assuré d'arriver à un résultat satisfaisant. Ceux de nos lecteurs qui n'ont pas encore été atteints de la fièvre photographique, mais qui le seront tôt ou tard inévitablement, ne pourront faire un meilleur choix pour guider leurs débuts. H. Durand.

VARIA

Assistance chirurgicale instantanée.

A propos de l'Incendie du Bazar de la Charité.

M. Henri de Rothschild, interne des hôpitaux de Paris, a adressé au *Figaro*, ces jours-ci, la lettre ci-dessous :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Au moment où les souscriptions affluent de toutes parts pour venir en aide aux œuvres de bienfaisance qui, par suite de l'affreux sinistre du 4 mai, ont failli se trouver dénuées de ressources, je viens attirer votre attention sur l'*utilité qu'il y aurait à consacrer une petite partie de la souscription*, ou les sommes que vous pourriez encore recueillir, à la création, au lieu même du sinistre, d'un poste de secours aux blessés. J'ai pu malheureusement me rendre compte, au moment de cet affreux cataclysme, de l'*insuffisance du service dit de prompts secours.* Je suis accouru sur le théâtre de la catastrophe, à cinq heures, aussitôt prévenu. J'ai assisté au lamentable spectacle du transport des blessés dans les maisons avoisinantes, et à l'entassement des morts sur le trottoir. J'ai pu constater, avec regret, que *la première voiture d'ambulances n'est arrivée sur le théâtre de la catastrophe qu'à 5 h. 40.* D'autre part, malgré l'empressement qu'on avait mis à prévenir par téléphone *le service des ambulances de l'Hôpital Saint-Louis, la voiture n'a pu arriver qu'une heure et demie après le commencement de l'incendie.* Bien des lecteurs du *Figaro* s'étonneront qu'il n'y ait à Paris

qu'un seul poste d'ambulances attelées, avec service médical. Depuis trois ans déjà, la Société des Ambulances urbaines a remis à la Ville de Paris tout son service, avec un capital de plus de cent mille francs, destiné à la création d'un nouveau poste. Bien que trois ans se soient écoulés, ce nouveau poste n'existe pas encore, et les victimes de la catastrophe du 4 mai en ont cruellement souffert. Je viens vous proposer, Monsieur le Rédacteur en chef, d'affecter une certaine somme à la création d'un nouveau poste d'ambulances attelées, qui serait fait en souvenir des victimes du Bazar, et édifié sur une petite partie du terrain où a eu lieu le sinistre. Les victimes de la terrible catastrophe appartenant surtout au quartier des Champs-Elysées, le nouveau poste de secours serait destiné à desservir le périmètre de l'Arc-de-Triomphe, et l'hôpital Beaujon serait le centre d'évacuation le plus proche. Je suis tout disposé, en qualité de futur médecin, à m'occuper de l'organisation de cette nouvelle œuvre philanthropique et je vous adresse, en vue de cette fondation nouvelle, la somme de 3.000 fr.

Recevez, etc. Henri DE ROTHSCHILD.

D'autre part, M. le Dr Radu Baubergher a consacré dans la *Justice* du 9 mai dernier un article au même sujet. Il a eu la délicatesse d'ajouter que le Pr Félix Terrier et M. Marcel Baudouin avaient échoué, après des efforts surhumains, dans cette tentative d'organisation rationnelle des Prompts Secours (ce qui est exact, en particulier pour le quartier de l'Exposition de 1900). Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Mais n'est-il pas vraiment scandaleux de voir qu'il faut des sinistres formidables, — de la taille de ceux du Bazar de la Charité, de l'Opéra-Comique, du Ringtheater à Vienne —, pour appeler quelques minutes l'attention du grand public sur une Institution, dont la nécessité éclate aux yeux de tous les hommes compétents !

J'aurais plusieurs points à rectifier dans la lettre de M. H. de Rothschild et quelques remarques à y ajouter. Mais je n'insiste pas. Sous peu, M. Paul Strauss va soumettre l'affaire au Conseil municipal ; bientôt M G. Berry en parlera à la Chambre des Députés. J'attends cette discussion, qui promet d'être fructueuse, pour revenir à nouveau sur cette question, à laquelle je travaille depuis quatre ans, au moins une heure chaque jour. — On me pardonnera de le redire, surtout quand, dans le monde médical, certains feignent de l'ignorer.

Marcel BAUDOUIN.

Asiles d'Aliénés de la Seine.

Afin d'éviter l'encombrement par les hôpitaux, dans les asiles d'aliénés, des déments séniles, des malades inoffensifs qui ne présentent d'autre altération mentale que l'affaiblissement des facultés intellectuelles propre aux vieillards, le préfet de la Seine vient d'inviter l'administration de l'Assistance publique à prendre des mesures pour que, seuls, les malades vraiment aliénés soient hospitalisés dans les maisons de fous. De son côté, le préfet de police a adressé à tous les commissaires de police du ressort de son administration une importante circulaire, où il les invite à ne donner suite aux réquisitions émanant de directeurs d'hôpitaux pour le placement d'un de leurs malades dans un asile d'aliénés que lorsqu'ils auront dûment constaté que ce malade est réellement atteint de folie. « Je vous prie, en effet, déclare M. Lépine dans cette circulaire, de ne pas perdre de vue qu'aux termes de l'article 18 de la loi du 20 juin 1838, les placements d'office dans les hospices d'aliénés doivent s'appliquer exclusivement aux individus dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sécurité des personnes. Or, [illegible] de troubler l'ordre dans les salles d'hôpital ne rentre pas dans les prévisions de cet article. A l'avenir, vous voudrez donc bien exercer un contrôle très rigoureux sur les demandes qui vous seront soumises et ne délivrer les ordres de déplacement d'urgence que dans le cas de danger immédiat. » Le préfet [illegible] les commissaires, chaque fois qu'ils seront saisis par un hôpital d'une demande d'internement dans un hospice d'aliénés d'un malade, à exiger des certificats médicaux très explicites et très précis. Dans le cas où ces certificats ne leur paraîtraient pas suffisamment clairs et circonstanciés, les commissaires auront à constater eux-mêmes l'état du malade au point de vue du danger que peut présenter son genre de folie et à faire à cet égard toutes les enquêtes nécessaires.

Nous avons eu l'occasion, il y a peu de temps (nº 3, p. [illegible]), d'entretenir nos lecteurs de cette question. Les circulaires des deux préfets nous paraissent nécessiter quelques remarques, car elles sont en contradiction avec les traditions du Conseil général et avec l'esprit de la loi du 30 juin 1838, qui n'est pas seulement une *loi de police*, mais une *loi de bienfaisance*.

Les ambulances de la guerre turco-grecque.

On se plaint [illegible] des médecins [illegible] dit-on, ont abandonné leurs malades [illegible] retraite, de sorte que beaucoup [illegible] que ne recueillirent pas les médecins [illegible]. Le *Daily Chronicle*, [illegible] ces accusations, [illegible] Grèce : « [illegible] leurs assistants, pendant la débâcle, [illegible]. Quelques-uns quittèrent l'armée en grande [illegible] à leur service, pour eux et leurs bagages, les wagons qui avaient été destinés aux blessés. A Larissa, [illegible] dans les hôpitaux temporaires [illegible] des plus [illegible] un service [illegible] la station du chemin de fer, mais je n'ai pas [illegible] faire quoi que ce soit de bien après la [illegible] de la nuit du vendredi 23 avril. »

A propos du service des ambulances, l'attitude de la Croix-Rouge suisse provoque, paraît-il, quelque étonnement et prête à de fâcheuses équivoques, [illegible] le correspondant du *Temps* de Berne : « On a été [illegible] que le gouvernement hellénique n'a pas accepté [illegible] vice de l'ambulance Bircher, [illegible] mais puisque cette association, [illegible] de neutralité, consacrée par une convention internationale, avait décidé de se joindre de préférence à l'armée grecque, celle-ci étant contrairement aux [illegible] beaucoup moins bien outillée que l'armée ottomane. [illegible] de déception ressentie par les [illegible] de la Croix-Rouge a fait place à un sentiment [illegible] pris que l'offre d'une ambulance [illegible] par le gouvernement turc, « avec de vifs remerciements » (ce sont les termes mêmes du communiqué [illegible]), mais que la Croix-Rouge refusait d'envoyer l'ambulance en question à Salonique, sous prétexte qu'elle [illegible] d'hôpital turc, à 200 kilomètres des opérations. [illegible] déclaration de neutralité de la Croix-Rouge [illegible], ont un nombre considérable de blessés [illegible] Salonique, et les soins de l'ambulance [illegible] au service des blessés de toutes catégories. [illegible] lorsque la Croix-Rouge a fait [illegible] pour l'envoi de son ambulance en Grèce [illegible] des blessés grecs. [illegible] que je vous signale [illegible] son refus à la Turquie, la Croix-Rouge [illegible] très délicate [illegible] Porte [illegible]. D'ailleurs, [illegible] ment que [illegible] service [illegible] de porter secours aux blessés sans considération [illegible] ou de religion ».

Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français.

La session annuelle de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français a été tenue à Paris le [illegible] avril dernier au siège social, 22, place Saint-Georges, sous la présidence de M. le Dr Lande, président. Le comité directeur s'était réuni la veille et le comité des censeurs le jour même pour examiner les comptes du trésorier et trancher les questions pendantes. Le bilan, au 31 décembre 189[illegible], présenté par le Dr Verdalle, trésorier, se solde par une balance de [illegible] fr. Au 25 avril 1897 l'avoir social était de 700.000 fr. [illegible] retraites sont versées ; la somme des retraites [illegible] s'élève à [illegible] fr. 90.

Les réformes de l'Assistance à Paris.

Pour se conformer à la délibération prise le 1[illegible] décembre dernier par le Conseil municipal qui invitait l'administration et la cinquième commission à lui soumettre, à bref délai, le programme minimum des dépenses indispensables de premier établissement pour les institutions d'assistance, M. Peyron a soumis au Préfet de la Seine, particulièrement soucieux de la situation de ces établissements, un rapport très complet sur les besoins et les ressources de l'Assistance publique à Paris.

Nous aurons à revenir sur cet exposé qu[illegible] le directeur de l'Assistance publique de l'insuffisance du nombre de lits dans les hôpitaux généraux et dans les hospices. Nous nous borne-

rous, pour aujourd'hui, à faire connaître le chiffre des demandes de *placement de vieillards et d'infirmes* que la commission de classement n'a pas eu le temps d'examiner. Au 1er janvier 1897, les demandes non classées s'élevaient au chiffre de 8.279 sur 12.916 demandes! M. Peyron estime que, pour porter remède à cette situation, une dépense totale de 52.909.600 francs est nécessaire; elle se répartirait ainsi :

Hôpitaux.	10.352.600 fr.
Hospices.	6.560.000
Enfants	7.519.000
Tuberculose	6.986.000
Grosses réparations, transformations, reconstructions	21.492.000

Les ressources dont dispose l'Assistance publique s'élèvent à 16 millions environ; c'est donc une somme de 37 millions qu'il faut trouver. Quel que soit l'allègement apporté par les subventions de l'Etat ou du pari mutuel, dit M. Peyron, la plus grosse part des sacrifices incombera toujours à la Ville de Paris. Le préfet de la Seine est certain que le concours du Conseil ne lui fera pas défaut.

Nouveau Journal.

La Revue Philanthropique, fondée et dirigée par M. Paul Strauss, avec le concours d'un comité de patronage qui offre les plus grandes garanties de compétence, d'informations précises et d'impartialité, vient de publier son premier numéro. La *Revue Philanthropique* paraît mensuellement par numéros de 160 pages, dans le format grand in-8, à la librairie Masson et Cie.

Voici le sommaire de ce numéro.— Paul Strauss : Notre Programme. — Séverine : Fraternité! — Théoph. Roussel : La Protection de l'Enfance. — Henri Monod : Lettre à M. Paul Strauss. — Jules Claretie : La Philanthropie. — Dr Pierre Budin : De l'Allaitement des Enfants. — Dr H. Thulié : De l'Assistance des dégénérés supérieurs. — Dr Henri Napias : L'Assistance publique à l'Exposition de 1900. — P.-E. Decharme : La Ligue fraternelle des Enfants de France. — Hector Depasse : La Prévoyance. — L. Brueyre : Congrès de Lisbonne. — Adèle Schreiber : La Tragédie de l'enfance. — H. Monin : L'Assistance et l'Assurance mutuelles au Congrès de l'Enseignement secondaire public.

Variétés : Le Président de la République et les Mutualistes. — La Commémoration de Jules Simon. — La Lutte antialcoolique par l'école. — Le Mont-de-Piété de Paris et le taux de ses emprunts ; la clientèle de la Comédie-Française. — Contre la dépopulation. — L'assistance aux Vieillards. — L'Orphelinat de la Seine ; un discours de M. André Theuriet. — Une étude de M. A. Regnard sur le Vagabondage et la Mendicité, conclusions inédites. — Rapport de M. G. Worth sur *la Couturière.*

Chronique étrangère : Les Institutions de bienfaisance à Saint-Pétersbourg. — Notes sur l'assistance en Angleterre ; le « Charities Register and Digest ». — Un essai de colonie d'ouvriers en Australie. — L'Assistance publique de la province de Mendoza (République Argentine).

Informations. — Echos. — Revues et Publications françaises et étrangères. — Bibliographie. — Bulletin, par Paul Strauss.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 17. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Peyrot, Poirier, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Delens, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chauffard, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Tuffier, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Humbert, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Marie, Gilles de la Tourette.

Mardi 18. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Quénu, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Polaillon, Gley, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Charrin, Achard. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Pozzi, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Gilbert, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Landouzy, Proust, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Mercredi 19. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Ricard, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Humbert, Poirier, Bonnaire. — (2e *série*) : Pinard, Jalaguier, Lejars. — 4e *de Doctorat* : MM. Landouzy, Netter, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Peyrot, Delbet, Broca. — (2e *série*) : MM. Delens, Tuffier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Chauffard, Gilles de la Tourette, Wurtz.

Jeudi 20. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Schwartz, Poirier, Achard. — (2e *série*) : MM. Rémy, Brun, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Tarnier, Berger, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Guyon, Polaillon, Bar. — (2e *partie*) : MM. Debove, Netter, Charrin. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Gilbert, André.

Vendredi 21. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Humbert, Rémy, Poirier. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Gaucher, Walther. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Thoinot, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Peyrot, Broca. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Lejars, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Marie, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Samedi 22. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Raymond, Quénu, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Polaillon, Remy, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Cornil, Delbet, Gilbert. — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Schwartz, Brun, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Berger, Nélaton, Albarran. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 19. — M. Julia. Des insuffisances aortiques. — M. Baqué. Contribution à l'étude du salophène et de ses propriétés thérapeutiques. — M. Dreyfus. L'hérédo-syphilis de l'oreille. Etat actuel de nos connaissances. — M. Lucas. Contribution à l'étude de l'hallux vulgus, et plus spécialement de sa pathogénie. — M. Frémont. Morcellement des amygdales.

Jeudi 20. — M. Hennecart. De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la non-intervention dans la grossesse extra-utérine. — M. Chatellier. Revolver et nouvelles poudres. Effets produits sur la peau et les vêtements. Etude médico-légale. — M. Baderot. De l'influence du milieu sur le développement du délire religieux en Bretagne (étude statistique faite à l'asile de Rennes en 1897). — M. Lantzenberg. Contribution à l'étude de l'asphyxie motrice. — Mlle Majenska. Contribution à l'étude de la névrite ascendante. — M. Fillion. Recherches sur la trame connective et les modifications de cette trame dans les épithéliomes de la peau. — M. Lajugie. Des toxines pulmonaires. — M. Leblanc. Des hypertrophies congénitales unilatérales partielles ou complètes. — M. Harlez. De la laryngite suffocante varicelleuse. — M. Thomas. Essai sur le pronostic du glaucome primitif. — M. Payot. Sur une modification à la cure radicale de la hernie inguinale.

Enseignement médical libre.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr Koenig, 14, rue Monge. — Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Maladies mentales. — M. Roubinovitch, chef de clinique de la Faculté de médecine, fait les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, à l'Asile clinique (Saint-Anne), un cours élémentaire de pathologie mentale.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 25 avril au samedi 1er mai 1897, les naissances ont été au nombre de 1 041, se décomposant ainsi : Sexe *masculin* : légitimes, 406, illégitimes, 156. Total, 562. — *Sexe féminin* : légitimes, 350, illégitimes, 129. Total, 479.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 avril au samedi 1er mai 1897, les décès ont été au nombre de 979, savoir : 550 hommes et 429 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 2, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 31, F. 20, T. 51. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 5, T. 10. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 126, F. 83, T. 209. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 11, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 9, T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T. 5. — Tumeurs malignes

M. [illegible] F. 23. T. 39. — Méningite simple : M. 13, F. 17, T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 17, F. 19, T. 36. — Paralysie, M. 4, F 8, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 8, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 56, F. 23, T. 79. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 14, T. 29. — Bronchite chronique : M. 15, F. 9, T. 24. — Broncho-pneumonie : M. 16, F. 24. T. 40. — Pneumonie : M. 20, F. 20, T. 40. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 13, F. 17, T. 30. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 10, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 6 T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonite puerperales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale : M. 9, F. 15, T. 24. — Sénilité : M. 12, F. 19, T. 31. — Suicides : M. 14, F. 3, T. 17. — Autres morts violentes : M. 14, F 1, T. 15. — Autres causes de mort : M. 87, F. 51, T. 138. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 1, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 97, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 16 Total : 53 — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 19 Total : 44.

Faculté des Sciences. — *Certificats d'études supérieures.* — Un décret fixe de la manière suivante les droits à percevoir au profit du Trésor pour l'obtention des certificats d'études supérieures, institués dans les Facultés des sciences par le décret susvisé du 22 janvier 1896. Examen, 20 fr. ; certificat, 5 fr. ; visa du certificat, 5 fr. — Les droits à percevoir pour l'obtention du diplome de licencié ès sciences sont fixés à 40 francs. Ces droits sont consignés par le candidat avant de subir l'examen. Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom, le jour qui lui a été indiqué pour l'examen, perd le montant des droits qu'il a consignés. Il est fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de visa. Le présent décret sera appliqué à partir du 15 mai 1897.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours de Pathologie interne.* — M. le Pr Hutinel a repris son cours, le mardi 11 mai, à trois heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Chaire de pathologie expérimentale. — La liste de présentation des candidats à la chaire vacante de pathologie expérimentale et comparée a été dressée ainsi qu'il suit : *en première ligne*, M. Chantemesse ; *en deuxième ligne*, M. Netter ; *en troisième ligne*, M. Roger.

Concours de l'adjuvat. — Ce concours a commencé le lundi 10 mai. Le jury se compose de MM. Farabeuf, Le Dentu, Poirier, Sébileau et Thiéry. Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Guibé, Dujarier, Herbet, Lardennois, Luys, Marcille, Proust, Veau et Roger. — Voici le sujet de la composition écrite : *Les muscles du voile du palais* (*anatomie et physiologie*).

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon. — *Prix biennal Etienne Falcouz* (1.000 fr.) — Le prix biennal Etienne Falcouz, de la valeur de 1.000 fr., fondé par décret du 25 mars 1897 sur la rente annuelle de 1.000 fr. allouée à l'Université de Lyon par M. Augustin Falcouz, sera décerné en 1898 à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante, mise au concours par le conseil de l'Université, sur la proposition de la Faculté de Médecine : *Etudier les principales propriétés, naturelles ou acquises, des humeurs de l'organisme, utilisées récemment dans le diagnostic et la thérapeutique des maladies microbiennes.* Conditions du concours : Pour être admis à concourir, il faut être de nationalité française et avoir moins de 30 ans au 1er mai 1898. Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront parvenir, francs de port, au secrétariat de l'Université (Faculté de Médecine), le 1er mai 1898 au plus tard. Les imprimés ne seront reçus que s'ils ont été publiés moins d'un an avant cette date.

Enseignement populaire supérieur. — *Cours d'hygiène sociale.* — Sujet du cours : *L'hygiène et l'alimentation des travailleurs.* — La conférence pratique du dimanche 16 mai aura lieu au laboratoire de M. le Dr Gréhant, au Muséum (Jardin des Plantes), entrée quai Saint-Bernard, à neuf heures et demie du matin. Les cours et les conférences sont publics.

Service de Santé de la Marine. — Promotions. Au grade de directeur du service de santé : M. le Dr Bourru. Au grade de médecin en chef, M. Ségard. Au grade de médecin principal. M. Cauvet. Au grade de médecin de 1re classe, M. Hutre. — *Réserve.* Nominations au grade de médecin de 2e classe. MM. les Drs Labrosse et Morin, médecins de 2e classe de la marine, démissionnaires. Sur l'avis du Conseil supérieur de santé, le Ministre de la Marine a décerné le prix de médecine navale, pour l'année 1896, à M. le médecin de 1re classe de la marine Chastang pour son *Rapport médical du « Beautemps-Beaupré »*. Des témoignages officiels de satisfaction ont été, en outre, accordés à MM. les Drs Gazeau, Laugier, Legrand et Quinson.

Service de Santé militaire. — MM. les médecins aides-majors de première classe Beaujean, du 2e régiment de tirailleurs algériens, et Montalti, du 20e régiment de dragons, sont autorisés à permuter entre eux. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Perrier, répétiteur à l'école du Service de santé militaire, a été nommé à l'emploi de professeur agrégé d'hygiène à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

Les médecins des réserves. — 371 médecins de réserve et 211 médecins territoriaux seront convoqués cette année. Le *Journal officiel* de ce jour indique les conditions dans lesquelles les stages auront lieu.

Bazar de la Charité. — *Service religieux.* — Le corps médical de Paris atteint par la perte de deux médecins et de dix parentes de médecins, victimes de l'incendie du Bazar de la Charité, fera célébrer un service commémoratif le samedi 15 mai, à midi très précis, en l'Eglise de la Madeleine.

Asiles d'Aliénés de l'Hérault. — Le Conseil général de l'Hérault a voté la construction d'un asile des aliénés dont les frais s'élèveront à plus de 4 millions. Nous croyons savoir qu'il a adopté le projet de l'architecte qui avait été classé le premier au mois d'août par un jury spécial composé de MM. Bourneville Guadet et Raulin.

Hôpitaux de Paris. — *Hôpital Boucicaut.* — M. de Selves, préfet de la Seine, s'est rendu cette semaine au quinzième arrondissement où il a été reçu par M. Sextius Michel, maire, par les adjoints, par les conseillers municipaux. Après une station dans les services de la mairie, M. de Selves a visité longuement l'hôpital Boucicaut.

Concours de Médecine. — Les candidats du deuxième concours qui doit s'ouvrir le 26 mai pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris sont au nombre de 78 : MM. Achalme, Auscher, Aviragnet, Beaumé, Belin, Berbez, Bergé, J. Besançon, F. Bezançon, Boix, Boulloche, Brodier, Bruhl, Capitan, Caussade, Charcot, Charrier, Chrétien, Claisse, Coffin, de Grandmaison, de Massary, de Saint-Germain, Deschamps, Dufour, Du Pasquier, Dupré, Enriquez, Ettlinger, Gallois, Gastou, Gouget, Hallion, Hudelo, Hulot, A. Laffitte, Lamy, Lebon, Légry, Le Noir, Leredde, Létienne, Lévi, G.-C. Lion, G.-R. Lyon, Macaigne, Mangin-Bocquet, Méry, Michel, Mosny, Nageotte, Papillon, Parmentier, Péron, Phulpin, Pignol, Pilliet, Plicque, Potier, Renault, Rénon, Roubinowitch, Sallard, Sée, Sergent, Sottas, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Tollemer, Triboulet, Veillon, Weber. — Le jury est provisoirement composé de MM. Moissenet, Dieulafoy, Landouzy, Lécorché, Delpeuch, Hayem, Quénu.

Concours d'Accouchement. — Voici le sujet de la composition écrite : *Lobule hépatique* ; *anatomie, physiologie*.

Hôpital Saint-Joseph. — *Concours d'Internat.* — Lundi 28 juin, aura lieu à l'hôpital Saint-Joseph, rue Pierre-Larousse 5, à Paris, un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et à cinq places d'internes provisoires. Pour les renseignements, s'adresser à M. le Dr Tison, ou aux autres chefs de service.

Institut Pasteur. — Reçu à l'Institut Pasteur par les Drs Duclaux et Roux, le préfet de la Seine a parcouru brièvement les salles de l'établissement et s'est arrêté à la crypte pour y saluer la dépouille de l'illustre savant.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés au grade de *Chevaliers de la Légion d'honneur* : M. le Dr Legros, médecin à Rochefort (Charente-Inférieure), membre du conseil d'hygiène, médecin des épidémies, du bureau de bienfaisance, de sociétés de secours mutuels, des écoles, etc., médecin-inspecteur des enfants du premier âge et des enfants assistés, conseiller municipal, vice-président du conseil d'arrondissement, délégué cantonal, 42 ans de services. — M. le Dr Barbin, maire de Montoir (Loire-Inférieure), maire de Montoir en 1878, conseiller d'arrondissement depuis 1889, 27 ans de pratique médicale. — M. le Dr Pellevoisin (Martial), médecin à Niort (Deux-Sèvres), 30 ans de pratique médicale. — M. le Dr Mangon (Alexandre-Marcelin), médecin à Fontenay-le-Comte (Vendée), ancien administrateur de l'hospice, médecin en chef de l'hôpital civil depuis 1876, administrateur du bureau de bienfaisance et de la caisse d'épargne, élu au conseil municipal en 1871, ancien adjoint, 40 ans de pratique médicale. — M. Heurtaux (Alfred-Aimé), professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Nantes, correspondant de l'Académie de Médecine, 36 ans de services.

A été nommé *Officier de l'instruction publique* : M. le Dr Hahn (Philippe), médecin de 1re classe de la marine, importants services rendus aux sciences naturelles.

Ont été nommés *Officiers d'Académie* : M. le Dr Lelongt (Joseph-Ferdinand), membre de l'Association française de chirurgie.

— M. le Dr Souligoux (Charles), chef de clinique à l'hôpital de la Charité, à Paris.

Académies étrangères. — M. le Dr Emile Gangolphe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie impériale et royale de Vienne.

Epidémie a Marseille. — Des cas assez nombreux de fièvre typhoïde viennent de se déclarer au 141e d'infanterie, tant au camp Carpiagne qu'au quartier Saint-Charles. En ville, les cas sont également assez nombreux.

Association générale des Herboristes de France. — L'Association générale des herboristes de France a donné cette semaine son banquet annuel, sous la présidence d'honneur du Ministre du commerce. On se souvient que, récemment, l'Association des herboristes tint une série de réunions, dans lesquelles on protesta vivement contre les dispositions nouvelles qu'il est question d'introduire dans la *loi sur l'exercice de la pharmacie.* Ces dispositions, nous l'avons expliqué alors, tendraient à la suppression totale de la profession d'herboriste. Les toasts portés ont naturellement trait à cette question. Ils ont été portés par MM. Viard, président de l'Association; Lechopié, avocat, et Le Senne, député. Ce dernier a promis aux herboristes de les défendre avec énergie, lorsque le projet de loi reviendra devant la Chambre.

Ambulances de Guerre turco-grecque. — Les lazarets principaux se trouvaient à Salonique et à Elassona. Les ambulances des 5 divisions complètes y étaient établies.—L'initiative prise par la Banque impériale ottomane à Constantinople, dans un but humanitaire, d'envoyer sur le théâtre de la guerre une ambulance, dans laquelle les blessés de toute nationalité seront recueillis et soignés à ses frais, ne pouvait que rencontrer l'approbation universelle.— L'Association des dames françaises a fait envoyer 1.000 francs pour les blessés de la guerre gréco-turque. Le comité se propose d'envoyer de nouveaux fonds; mais il ne peut avoir des ambulancières sur aucun champ de bataille. L'Union des femmes de France a regretté de ne pouvoir faire pour les blessés comme l'Association des dames françaises. Ses statuts s'opposent, en effet, d'une façon formelle, à ce que la Société envoie des secours aux blessés d'une guerre étrangère. Les dames de la colonie grecque à Paris se réunissent tous les jours et font de la charpie. — Du Comité d'initiative de secours aux grecs fait partie M. le Dr Barbézieux, journaliste à Paris.

Une ordonnance célèbre. — Mme Ward l'ex-princesse de Chimay, a adressé à M. Marchand, directeur des Folies-Bergère, la dépêche suivante, signée du Dr Deschamps : « Monsieur le directeur, je soussigné, Dr Deschamps, certifie que Mme la princesse de Chimay est atteinte d'influenza avec complication pulmonaire et fièvre intense, et que, dans ces conditions, il lui est impossible de quitter la chambre d'ici plusieurs jours. » Voici, du reste, au dire du *Temps*, le texte de l'ordonnance du Dr Deschamps : « Prendre par jour, en deux ou trois fois, deux à trois cuillers à potage de la potion suivante, diluée dans un verre de tisane de mauve :

Acétate d'ammoniaque.	15 grammes
Alcool de racine d'aconit	20 gouttes
Sirop de codeine.	100 grammes
Eau de fleurs d'oranger	40 —

On se rappelle que Mme Ward voulait s'exhiber en des poses plastiques et que M. le Préfet de police en a fait comprendre le danger. — Immédiatement, elle est tombée... malade !

Erratum. — C'est par erreur que, dans un de nos précédents numéros, nous avons annoncé la mort de M. le Dr Lalanne; mais nous ne sommes pas les premiers coupables, plusieurs de nos collègues, en particulier le *Figaro*, nous ayant précédé dans l'annonce de cette fausse nouvelle. Nous sommes heureux de constater que M. Lalanne se porte bien. M. B.

Nécrologie.— M. des Cloizeaux, membre de l'Académie des sciences pour la section de minéralogie depuis 1869, époque où il avait succédé au vicomte d'Archiac. M. des Cloizeaux s'était placé au premier rang des minéralogistes par ses magnifiques travaux sur la cristallographie et les propriétés optiques des minéraux. — M. le Dr A. Bricard (de Montaudin). — M. le Dr Issemberg (de Graissessac). — M. le Dr Kostrevski (de Nantes). — M. le Dr La Saigne (de Tournon). — M. le Dr Lecomte (de Pipriac).— M. le Dr Mollien (d'Amiens). — M. le Dr Carion (de Charleville).— M. le Dr Charles Dubreuilh (de Bordeaux). — M. le Dr Gueirard (de la Condamine).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — M. Tenneson : tous les lundis (à partir du 3 mai), à 4 heures, leçon de dermatologie avec présentation de malades.

Hôpital de la Maternité (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, reprendra ses leçons cliniques le samedi 1er mai, à 3 h 1/2, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôtel-Dieu. — *Cours pratiques d'Ophtalmologie.* — M. le Dr A. Terson, chef de clinique, recommencera, le mardi 11 mai, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). Le cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures et durera six semaines. — M. le Dr Mermet, chef du laboratoire, commencera le mercredi 12 mai, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° *Anatomie de l'œil* (avec technique microscopique). *Physiologie de l'œil*; 2° *Anatomie pathologique et bactériologie oculaires.* Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures et durera six semaines. S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Hôpital Ricord. — M. le Dr Charles Mauriac reprendra ses Leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 15 mai, à 9 heures 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MEDICAL*
14, rue des Carmes.

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

sur

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1896 ;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. Mettetal, J. Noir, Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer.

Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés . . . . 4 fr

Librairie H. LAMIRAULT et Cie,
61, rue de Rennes.

Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à prendre connaissance de la remarquable étude de M. A. Laisant sur la *Mécanique*, parue cette semaine dans la 561e livraison de Grande Encyclopédie. La partie de la *Mécanique industrielle* est très bien traitée par M. Béguin. Cette même livraison contient deux belles monographies du *Mecklembourg*, par M. A. Berthelot, et de *La Mecque*, par M. L. Leriche. Citons enfin la magistrale histoire de la *Médecine* chez les peuples orientaux, en Grèce, à Rome et à Alexandrie, par M. le Dr Liétard, médecin inspecteur des eaux de Plombières. — Prix de chaque livraison : 1 franc. — Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Librairie A. MALOINE
51, place de l'École-de-Médecine

Liotard (E.). — Manuel pratique et simplifié d'analyse des urines et autres sécrétions organiques.— Un vol. in-18 de 140 pages avec 22 figures. Prix. . . . . 2 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 21. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 MAI 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Imbécillité ; paraplégie spasmodique ;

(Maladie de Little)

Par BOURNEVILLE et RELLAY.

Les *maladies nerveuses chroniques de l'enfance* — ou remontant à l'enfance — deviennent chaque jour l'objet de travaux intéressants de plus en plus nombreux. Nous n'avons pas cessé depuis longtemps de contribuer à leur étude clinique et anatomo-pathologique en publiant — soit seul, soit en collaboration avec nos internes — des exemples de presque toutes les affections cérébrales de l'enfance. Les affections paralytiques et spasmodiques y occupent une large place : 1° *diplégies*, dues à des lésions symétriques, foyers anciens de ramollissement ou d'hémorragie *pseudo-porencéphalie*, méningo-encéphalite, sclérose atrophique et hypertrophique, hydrocéphalie, porencéphalie vraie, etc. ; — 2° *rigidité spasmodique*, sous forme diplégique ou paraplégique ; — 3° *athétose double* ; — 4° *chorée* généralisée ; — 5° *hémiplégie* avec contracture permanente, accompagnée ou non d'exacerbation spasmodique, compliquée d'arrêt de développement, d'hémichorée, d'athétose, d'épilepsie, etc. Ces travaux qui ont paru dans le *Progrès médical*, dans les *Archives de neurologie*, dans des thèses inaugurales de nos élèves et dans les *Comptes-rendus* annuels de Bicêtre de 1880 à 1897, n'ont pas toujours eu l'honneur d'appeler l'attention. Peut-être l'avenir leur réserve-t-il un sort meilleur. Nous poursuivrons l'œuvre commencée, en rapportant successivement de nouvelles observations qui, comme la suivante, exemple typique de *paraplégie spasmodique infantile*, nous paraissent offrir un réel intérêt.

SOMMAIRE. — *Père, céphalalgies. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, hémiplégie droite. Un oncle paternel, mort d'apoplexie. — Un autre mort d'un cancer de l'estomac.*

Mère, très nerveuse, peurs durant l'enfance, céphalalgies, hémiplégie transitoire. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort de tuberculose. Oncle maternel, ivrogne. — Cousine germaine, crises nerveuses. — Trois petits cousins, morts de convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans. — Cinq frères ou sœurs morts de convulsions.

Pertes prolongées durant la grossesse. — Pas d'asphyxie à la naissance. — Constatation de l'arrêt de l'intelligence à onze mois. — Impossibilité de la station debout à 2 ans et demi, attribuée à un mal de Pott, qui n'a jamais existé. — Membres inférieurs ratatinés sur le tronc, contractures. — Marche à 6 ans et demi, les jambes fléchies. — Développement de la parole au même âge. — Rougeole à 3 ans.

Description du malade en 1886 et en 1896. — Développement physique : poids, taille, tête, membres, puberté. — Amélioration intellectuelle très limitée, amélioration physique. — Maladies intercurrentes de 1886 à 1896.

Lépi.. (Eugène), né à Paris le 18 octobre 1875, a été admis le 17 avril 1886 à Bicêtre.

Antécédents héréditaires. — *Père,* 55 ans, menuisier, sobre, sujet à des céphalalgies et à des bronchites avec hémoptysie ; a eu un rhumatisme articulaire aigu. Pas de syphilis. Caractère assez calme. — [*Famille du père.* — Son père, qui faisait de nombreux *excès de boisson*, est mort à 70 ans. — Sa *mère* est morte à 70 ans un an après avoir eu une *hémiplégie droite.* — Aucun détail sur ses grands-parents paternels et maternels (1). — Trois *frères* morts, l'un d'accident, l'autre d'*apoplexie,* l'autre d'un *cancer de l'estomac.* Tous trois étaient sobres. Le second a laissé trois enfants bien portants. Rien de particulier à signaler dans le reste de la famille : ni aliénés, ni difformes, etc., etc.]

Mère, 46 ans, blanchisseuse, sobre, très-nerveuse, sujette pendant plusieurs années, jusqu'à 7 ans à des *peurs* presque tous les soirs. Elle a de fréquents *maux de tête.* A l'âge de 38 ans, durant une grossesse, elle aurait eu une *hémiplégie* du côté gauche, qui aurait disparu au bout de trois mois, six semaines après l'accouchement. Elle n'a jamais eu de crises nerveuses. — [*Famille de la mère.* — Son père est mort de *tuberculose* à 57 ans ; il faisait tous les mois des *excès de boisson.* Sa *mère,* morte à 82 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Nul renseignement sur ses grands-parents paternels et maternels. — Un *frère* est *ivrogne* (2). — Une *sœur,* en bonne santé, a deux enfants : l'un bien portant, l'autre, fille, âgée aujourd'hui de 30 ans, a eu des *crises nerveuses* de 3 à 15 ans ; elle a eu quatre enfants, dont trois paraissent être morts de *convulsions.* — Rien à noter dans le reste de la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans (père plus âgé). — 14 *enfants,* dont cinq survivants. Cinq d'entre eux sont morts de *convulsions.* Ceux qui survivent sont intelligents et bien portants. (3 garçons, 2 filles ; l'une de celles-ci a une fille de 19 ans, qui n'a pas eu de convulsions).

Antécédents personnels. — *Notre malade* (le 13e). — Au moment de la *conception,* les parents étaient en bonne santé. Dans le courant du cinquième mois de la *grossesse,* la mère a eu, sans cause connue, une forte perte qui a duré deux semaines (3). Ni traumatisme, ni émotion, ni alcoolisme, etc. — *Accouchement* à terme, naturel (4). — *A la naissance,* l'enfant avait bel aspect (5) et n'a pas présenté d'asphyxie. Elevé au sein en nourrice (6), à son retour, à onze mois, il était très maigre, « sec comme un morceau de bois » et ne semblait pas intelligent. La mère le conduisit aux Enfants-Malades où on lui dit qu'il était « rachitique ». Elle le garda cinq semaines et, durant ce temps, constata que son enfant était tout ratatiné, que ses jambes pouvaient être allongées, mais se « remontaient elles-mêmes » dès qu'on ne les tenait plus et qu'il avait une constipation opiniâtre. Lorsqu'il fut amélioré, elle le conduisit à l'Institution des Sourds-Muets où on lui déclara qu'il n'était ni sourd, ni muet : « Quand on lui parlait, il vous regardait comme un insensé. » Elle le plaça à la campagne chez une autre nourrice qui en eut bien soin. Elle le reprit à 2 ans et demi.

(1) Sa mère avait 48 ans et son père 45 quand il est né, ce qui explique, nous dit-on, pourquoi il n'a pas connu ses grands-parents.

(2) Il est mort en 18[illegible], épuisé par des excès de boisson. Il a un fils en bonne santé ([illegible]7 ans), sobre.

(3) Elle a perdu non seulement du sang liquide, mais de gros caillots et son médecin aurait dit qu'elle avait rendu un « faux germe » ; c'était vers [illegible] mois. (Note de 18[illegible]).

(4) Présentation de la tête : a rendu peu d'eau à toutes ses couches, chaque fois il a fallu percer la poche (Note de 18[illegible]).

(5) « J'ai toujours eu, dit la mère, de très beaux enfants, très gros. Il était aussi beau que les autres. »

(6) Elle ne sait pas si les jambes étaient raides et si les genoux se [illegible] [illegible].

C'était alors un bel enfant, mais *il ne pouvait pas se tenir sur ses jambes* et, lorsqu'on essayait, « il poussait des cris de feu ». Placé aux Enfants-Malades, il fut considéré comme atteint de mal de Pott (?). Il y resta cinq mois, puis sa mère le reprit parce qu'il était redevenu très maigre et le garda, tantôt couché au lit, tantôt assis. On essayait de temps en temps de le faire marcher, mais il poussait toujours des cris. Ce n'est qu'à 6 ans et demi qu'il commença à marcher en poussant un tabouret devant lui. La *parole* s'est montrée très tard. Ce n'est qu'à 4 ans qu'il a commencé à prononcer quelques mots; puis de 6 à 7 ans, la parole s'est bien développée. On ne peut préciser la date de l'apparition des premières dents, mais on assure que la dentition a été précoce (1). Tous les autres enfants ont eu leurs dents, ont marché et parlé de bonne heure. La mère affirme qu'on lui a toujours dit que son enfant n'avait pas eu de convulsions, mais elle doute de la véracité de la première nourrice. Il a bavé longtemps, cela ne lui arrive plus que quand il pleure. Il est tout le temps resté avec sa mère ; on n'en voulait pas à l'école. Chez lui, il passait son temps à jouer, surtout à jouer au cheval, à l'aide d'un tréteau et d'un fouet. Il se sauvait souvent dans la rue et aimait aller près des chevaux, voulant les monter: il a été renversé trois fois dans ses tentatives. Jamais de traumatismes sérieux. Son caractère est doux et affectueux: il a bon cœur, pleure s'il voit pleurer, et partage ce qu'il a. Il affectionne tous les animaux, surtout les chevaux. Pas de mauvais instincts; pas d'onanisme. Il n'a été propre qu'à 6 ans et demi, quand il a commencé à marcher ; « Jusque là il était sale de tout. » Il n'a eu, comme maladie infectieuse, qu'une rougeole à 3 ans. — Pas d'accidents scrofuleux, ni syphilitiques. Son intelligence est notablement arriérée. On n'a pas pu lui apprendre ses lettres, ni à compter. Il sait bien s'habiller et se déshabiller, mais est incapable de boutonner, de lacer, etc.; se lave mal; mange assez proprement; se sert bien de la fourchette et de la cuiller, mais pas du couteau. Sa mère prétend que l'enfant aurait eu des *secousses* dans les bras (2), et que jusqu'à près de 10 ans, il balançait le tronc d'avant en arrière et la tête latéralement; il avait les « yeux en l'air. » Les jambes *seraient raides depuis l'âge de* 11 *mois*; alors elles étaient ratatinées, on ne pouvait que difficilement les allonger et les manœuvres exécutées dans ce but le faisaient pleurer; à 2 ans elles étaient encore « ratatinées ». A 6 ans et demi, il marchait les jambes fléchies, les genoux collés l'un contre l'autre : « il n'a pas d'écartement du tout. » — Elle termine ses renseignements en disant que Lep... se met facilement en colère quand on le contrarie et qu'alors il est grossier.

État actuel (1886). — La *tête* est arrondie, sans déformation ; les bosses craniennes sont normales, la protubérance occipitale est proéminente. Le *visage* est ovale, régulier. Le front, d'une hauteur moyenne, est assez large. Les arcades orbitaires sont peu accusées. Les paupières sont bien fendues. Les iris sont gris, les pupilles sont égales; on note un léger strabisme interne (?). La *vision* est normale. — Pas de nystagmus (?). — Le *nez* est droit, sa racine est large, comme aplatie: les narines sont obliques et elliptiques. — La *bouche*, toujours béante, est petite: les lèvres et surtout l'inférieure sont épaisses (plus de 25 mm.) ; celle-ci est renversée. — Voûte palatine un peu profonde. Piliers, luette, amygdales, rien à noter. Les *deux mâchoires* possèdent 12 dents (canines de lait) bien rangées. En bas les incisives sont en éventail sur une ligne transversale. L'articulation est normale. Les gencives sont en bon état. — Le *goût* et l'*odorat* semblent un peu obtus. — *Menton* arrondi. — *Oreilles* égales, longues, bien ourlées, très détachées et écartées du crâne: lobule distinct. *Ouïe* normale.

Le *cou* a une circonférence de 27 cent. à sa partie moyenne.

Le *thorax* est bien conformé: le sternum aplati en haut, bombé à sa partie moyenne, est déprimé à sa partie inférieure ; le creux épigastrique continue cette dépression. Le rebord costal est peu saillant et allongé. La *colonne vertébrale ne présente aucune déviation*, aucune saillie, ce qui écarte l'idée du prétendu *mal de Pott* que l'enfant aurait eu à trois ans (1).

	1886.	1896.
Circonférence au niveau des aisselles, à l'expiration...	64.5	92
— des mamelons ..	63	83
— à la base...	62.5	73

L'*abdomen* est étroit, déprimé au-dessus de l'ombilic et légèrement convexe au-dessous. — Le *bassin* est rétréci. Les fesses, allongées, peu larges, paraissent normales.

Organes génitaux. — La verge a 5 cent. de longueur et de circonférence. Le scrotum est tout à fait rétracté. *Anorchydie* complète. Le doigt, introduit dans les canaux inguinaux, ne sent pas les testicules. Pénil et anus glabres.

Les *membres supérieurs* sont bien conformés, symétriques, ne présentent pas de paralysie et jouissent de tous leurs mouvements. Toutes les jointures sont souples. L'enfant déclare être plus fort de la main gauche que de la main droite. Au dynamomètre Mathieu on note cependant 10 à gauche, 20 à droite. Sa mère dit que, chez elle, il cassait du bois, portait des objets lourds, mais qu'il était maladroit de ses mains.

Le principal intérêt de ce malade se concentre sur l'état de ses *membres inférieurs*. Dans la station verticale, les divers segments des membres inférieurs présentent une *attitude de demi-flexion*; le bassin est fléchi sur les cuisses, de sorte que le tronc se trouve incliné en avant. Les cuisses sont fléchies sur les jambes. En outre les deux cuisses sont portées en dedans, au point que les genoux se touchent ; l'*adduction est plus marquée du côté gauche*. Les jambes, au contraire, s'écartent de la ligne médiane, la jambe gauche surtout, aussi le pied gauche est-il fortement porté en dehors. Il en résulte une *attitude demi-accroupie* et une *démarche cagneuse*. L'enfant a de la peine à se tenir debout sans appui : il marche seul, mais difficilement, les talons ne touchant pas tout à fait le sol (2); il dit être plus solide quand il court, ce qu'il fait lourdement ; on craint à chaque instant qu'il ne tombe. Dans la marche, le tronc est animé d'un balancement et le côté gauche est plus gêné que le droit. Les mouvements divers sont assez limités, par suite de la contracture de certains groupes musculaires et de la raideur des diverses jointures. La raideur est légère dans les hanches et les cous-de-pied; elle est très prononcée aux genoux. Quand l'enfant est couché, le genou gauche est plus élevé que le droit, et on ne peut pas appliquer la jambe sur le lit. Sa mère prétend que, à la maison, quand on le couchait, les jambes s'étaient allongées et que, à mesure qu'il s'endormait, elles se ratatinaient petit à petit. On perçoit des craquements dans ce genou. A droite la raideur est moindre, on peut appliquer la jambe sur le lit, et il n'y a pas de craquements. Il y a une légère *syndactylie* des deuxième et troisième orteils des deux côtés (3). Les *réflexes rotuliens* sont rapides et plus prononcés à gauche. Par la flexion des pieds, on obtient une *trépidation épileptoïde* aussi intense des deux côtés. Cette trépidation se produirait spontanément : « C'est selon comme il a posé ses pieds », nous dit sa mère.

Tous ces phénomènes de contracture, d'exagération du réflexe rotulien et le clonus du pied indiquent bien un état d'éréthisme des centres réflexes médullaires, d'où l'état spasmodique (paraplégie spasmodique).

La *sensibilité* au contact, à la douleur, à la température est conservée et la même des deux côtés du corps. D'ailleurs l'enfant n'accuse aucun trouble sensitif d'ordre subjectif, il n'éprouve aucune douleur, n'a jamais d'élancements dans les jambes, etc.

Les *fonctions digestives, respiratoires* et *circulatoires*

(1) Il avait des dents plein la bouche quand il est venu à onze mois. (Note de 1896).

(2) Les doigts se fléchissaient, les bras s'allongeaient et se portaient brusquement en avant. On ne saurait dire si, en même temps, il y avait perte de connaissance ou vertige.

(1) D'après une lettre du directeur de l'hôpital des Enfants-Malades, Lep... aurait été admis dans cet établissement le 5 décembre 1878 et en serait sorti le 27 mars 1879. — Le diagnostic indiqué sur sa feuille était bien Mal de Pott.

(2) Il usait ses souliers seulement les bouts et en dedans. (Note de la mère en 1896).

(3) Il n'y a pas d'exemples de cette malformation dans les familles de son père et de sa mère.

n'offrent aucun trouble, sauf une *incontinence nocturne d'urine*.

Les *facultés intellectuelles,* ainsi que cela ressort des renseignements fournis par la mère et de l'examen direct, sont très affaiblies et font porter le diagnostic : *imbécillité*.

Cheveux châtain-clair, assez abondants, bien implantés. Le cuir chevelu présente une demi-douzaine de cicatrices consécutives à des plaies dues à des chutes ayant eu lieu avant son entrée. Sourcils bien marqués. Cils bien fournis. Le visage et le reste du corps sont glabres. *Nœvus* rouge audessous du pli du coude et nævi à la partie supérieure du bras, vers l'aisselle. Taches brunes sur l'omoplate gauche, et sur le bras droit. Cicatrices blanches au niveau de la région lombaire, consécutives probablement à des pointes de feu. Petites adénites cervicales. Peau assez fine, généralement pigmentée.

1887. 18 *janvier*. — Revacciné avec du vaccin de génisse sans succès.

1888. *Février-septembre*. — Plaques de *teigne tondante*.

1889. *Janvier*. — *Embarras gastrique*. — Depuis son entrée, le malade a pris de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer et des bains pendant l'hiver et des douches d'avril à novembre. *Exercices des jointures*. — L'attitude, l'état des membres supérieurs et inférieurs sont les mêmes.

Puberté. — Le visage est glabre ainsi que les aisselles, le tronc et le pénil. Pigmentation assez prononcée de la verge et des bourses. Le testicule gauche, maintenant descendu, est de la grosseur d'une olive. On ne sent pas le testicule droit. Le gland est en partie découvert, le méat normal. La longueur de la verge est de 5 centimètres, sa circonférence de 58 millimètres.

19 *avril*. — Abcès de la paupière inférieure droite. — *Juillet* : avulsion d'une molaire cariée. — *Décembre :* plaie tranchante de la face dorsale de la main droite.

1890. *Juillet*. — Même traitement. — *Puberté*. — Le développement pileux est toujours nul. L'état des testicules, de la verge, etc., est le même.

1891. *Février*. — Lép... passe de la petite à la grande école.

Juillet. — Cet enfant est très turbulent, peu docile, gesticule, crie. Il est très gai, aime à participer à tous les jeux, malgré son infirmité. Il est assez propre dans sa tenue. Il ne connait pas encore toutes ses lettres, ne trace que des bâtons, place bien les cartons de couleur, les figures géométriques et fait bien les petites constructions avec les briquettes. Ni tics, ni onanisme.

Puberté. — On sent le *testicule droit* au niveau de l'orifice inguinal externe. — Pas d'autre changement.

29 *octobre-4 novembre*. — *Gale* contractée dans une sortie.

Décembre. — La *parole* est libre. La mémoire est faible, un peu par suite d'inattention. Lép... s'exprime correctement. — Aucun progrès pour l'écriture, la connaissance des lettres, des chiffres. Il sait le nom du jour et non du mois. Il connait les couleurs, la forme des objets. Caractère irascible, parfois grossier, aime tout ce qui est bruyant. La conduite est souvent répréhensible ; malgré son infirmité on le trouve partout où se fait du tapage. — Nous avons essayé de le placer à l'atelier de couture sans résultat; il préfère le balayage des cours à l'atelier et à l'école.

1892. *Juillet*. — Pas de progrès à l'école. Lép... fait des pages de bâtons sans s'appliquer aucunement et répond en grimaçant avec grossièreté aux observations qu'on lui adresse. Il bavarde constamment en classe et se montre parfois rebelle aux ordres qu'il reçoit. Il est assez fanfaron et veut paraître ne rien craindre. Il connait le nom des jours et des mois, mais non la date exacte. Il se tient assez proprement, est très actif, aime beaucoup travailler au balayage.

Puberté. — Le visage est toujours glabre, mais il y a quelques poils aux aisselles et un léger duvet sur le pénil. Le testicule gauche a le volume d'un œuf de merle, le droit est encore dans l'anneau. La verge mesure 5 cent. et demi de longueur et 6 cent. de circonférence.

Décembre. — Aucun progrès à l'école, c'est tout au plus si on est parvenu à lui apprendre à épeler.

1893. *Juin*. — La *physionomie* a une expression dure et vague, ce qui tient à ce que les yeux sont un peu saillants et ne fixent pas, mais se portent en dehors; d'où aussi, parfois, un regard qui semble égaré, étonné et parfois une expression d'effronterie. L'*actirite* est assez grande, sauf pour les travaux scolaires, pour tout ce qui exige une attention intellectuelle soutenue. Il continue à déployer une activité physique plus grande que ne paraît le comporter son infirmité : il affectionne les travaux de ménage. — Il n'aime pas être soumis à la règle, pleure quand il ne peut faire ce qu'il veut, déchire ses vêtements. Sa tenue est moins bonne qu'autrefois. Il n'a pas l'esprit d'ordre. Il aime la société de ses camarades, participe à leurs jeux : s'émotionne aux matinées dramatiques, à l'audition de la musique, rit bruyamment.

La *parole* est toujours libre ; le *langage* souvent grossier, l'*attention* distraite, le *raisonnement* médiocre, la *faculté de comparaison* imparfaite, la *mémoire* faible ainsi que l'*association des idées*. — Ses *connaissances scolaires* restent à peu près les mêmes.

1894. *Juin*. — Nul progrès en classe où il est difficile de le maintenir, parce qu'il taquine en cachette ses camarades. Lorsqu'il est pris sur le fait, il rit sournoisement. Il est insensible aux punitions, aux reproches, à la bienveillance. — *Puberté*. — Même état. Toutefois la verge a grossi (89 mm. de longueur et 85 de circonférence). — Même *traitement*.

1895. Aucun changement sous le rapport physique et intellectuel.

1896. *Décembre*. — On a dû se décider à laisser Lép... en dehors de la classe. Il continue à s'occuper aux travaux du ménage, il affectionne particulièrement le nettoyage des bains.

La *santé physique* est généralement bonne. La *physionomie* s'est éclairée, l'expression du regard est vague, tantôt les yeux paraissent normaux, tantôt au contraire, ils se portent en haut, comme s'il y avait momentanément du strabisme. La bouche reste toujours béante, la lèvre inférieure toujours renversée et très volumineuse, ce qui, avec l'écartement des oreilles lui donne une expression d'imbécillité.

L'*examen des yeux*, pratiqué par notre ami le Dr KŒNIG, a donné les résultats suivants : les pupilles sont égales, réagissent bien. Il n'y a pas de lésion de l'œil, ni de rétrécissement du champ visuel. L'acuité visuelle est normale. Lép... reconnait le bleu et compare les autres couleurs ; quelquefois pourtant il arrive à les dénommer, mais il en perd aussitôt la notion quand on lui fait examiner plusieurs teintes.

A l'état de repos, les yeux occupent une situation naturelle, mais le malade fixe mal les objets qu'on lui présente. Lorsqu'on sollicite les mouvements, on constate un certain degré de rigidité qui fait que les globes oculaires ne suivent que très difficilement les mouvements du doigt. Ces mouvements ne s'exécutent que par saccades. Les mouvements de latéralité à gauche sont un peu limités. Les globes n'atteignent pas la commissure externe et on observe quelques secousses nystagmiformes. Quand on commande au malade de fermer les yeux il contracte violemment ses paupières qui se gonflent outre mesure, et on voit apparaître des mouvements fibrillaires sur la peau des paupières dans la région de l'orbiculaire.

État de la dentition. — Le *maxillaire supérieur* présente un certain degré d'atrésie déterminant un enfoncement assez marqué de la voûte palatine, de forme légèrement ogivale. Le *maxillaire inférieur* est normal. Les *dents* sont régulièrement implantées. Elles ne présentent aucune anomalie de forme, de structure ou de volume. Elles apparaissent recouvertes de végétations et de mucosités verdâtres, dues à l'absence de soins. Beaucoup sont cariées profondément et plusieurs molaires ont été extraites. L'incisive latérale gauche a eu sa couronne détruite par la carie.

Les *membres supérieurs* et le *thorax* offrent toujours un developpeuent normal et comparativement plus prononcés que le *rentre,* le *bassin* et les *membres inférieurs*. Au lit, flexion des cuisses sur le bassin, flexion des jambes sur les cuisses. Genoux accolés l'un contre l'autre ; le malade parvient cependant à les écarter lui-même, l'un de l'autre de 0,07 à 0,08 cent., l'écartement provoqué est de 0,25 à 0,30. Le malade dit que c'est la jambe et le bras gauches qui sont les plus forts. Il élève les pieds au-dessus du plan du lit en fléchissant lé-

*

gèrement la jambe, il ne paraît pas pouvoir les élever sans cette flexion préalable. La peau des condyles internes des fémurs est un peu épaissie et rouge par suite de l'accolement et du frottement des genoux. Les orteils des deux côtés, dans leur ensemble, se portent en dehors.

Lép... peut fléchir les cuisses presque à angle droit sur le bassin, il ne peut les étendre de façon à les appliquer sur le lit, le genou gauche reste à 0,07 centimètres, et le genou droit à 0,12 cent. au-dessus du plan du lit. La flexion des jambes est à peu près la même des deux côtés, et peut aller jusqu'à 55 degrés. Toutes les jointures sont raides des deux côtés à peu près au même degré, sauf celles des orteils, où la roideur est un peu moins prononcée. Les mouvements spontanés des orteils sont très limités : c'est à peine si Lép... peut esquisser un mouvement de flexion ou d'extension.

Durant l'examen, il se produit parfois une *trépidation* qui est plus forte à droite. La flexion des orteils en masse détermine à droite une *trépidation épileptoïde* qui se manifeste assez vite, est assez prononcée, mais s'arrête au bout de quelques instants. A gauche, la même manœuvre ne parvient pas à provoquer la trépidation épileptoïde bien qu'on l'observe, spontanément, à un degré plus faible toutefois, que de l'autre côté. — Pas de changement des réflexes.



Fig. 43

La *station debout* n'est possible que pendant quelques minutes; le malade qui sent son équilibre instable cherche à s'accrocher aux objets environnants. Les *figures* 43, 44 et 45 donnent une idée si exacte de son attitude que nous ne la décrirons pas de nouveau ; nous nous bornerons à dire que les *pieds* sont très plats, se portent fortement en dehors, exagérant en quelque sorte l'écartement des jambes. Le talon gauche ne porte pas sur le sol.

Dans la *marche* le tronc est incliné légèrement en avant, les cuisses et les jambes fortement fléchies, autant que dans l'attitude verticale, les genoux frottant l'un contre l'autre, l'épaule gauche étant plus basse que la droite. Les bras, en se portant alternativement en arrière et en avant, lui servant en quelque sorte de balancier. — Les jambes ont l'*attitude en* V contrairement à d'autres cas de *paraplégie spasmodique* où les membres ont l'*attitude en* X. Le malade assure que la marche ne le fatigue pas et on sait qu'il a pu aller *aisément* de la section jusqu'à la barrière (2 kilomètres environ). La station sur une seule jambe, le saut sont impossibles. La *course*, assez rapide, s'effectue lourdement, avec un balancement latéral du corps et en traînant les pieds, principalement le gauche.

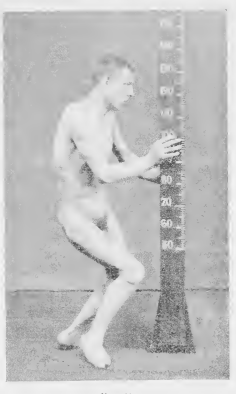


Fig. 44

Puberté. — Très fin duvet sur les joues. La moustache, composée de poils blonds, fins, se dessine bien. Poils assez longs sur le bord du menton ; rien au-dessous. Entre le menton et les angles du maxillaire la peau est glabre. Petite mouche



Fig. 45

à la lèvre inférieure. Plaques blanchâtres aux commissures labiales dues à ce que la bouche est toujours ouverte et que la salive s'écoule continuellement. Poils assez abondants sous les aisselles qui sont le siège d'une sécrétion sudorale assez

abondante. Tronc glabre. Duvet très fin sur les membres supérieurs, poils assez abondants sur les cuisses, peu abondants sur le pourtour des jambes. Poils noirs, abondants, frisés au niveau du pénil ; le rebord supérieur forme un V dont le sommet est dirigé vers la racine de la verge. Rien aux aines. Poils assez nombreux au pourtour de l'anus. — La verge mesure 85 mm. de longueur et 90 mm. de circonférence. Le testicule gauche, descendu dans les bourses, a le volume d'un œuf de pigeon. Le droit, plus petit, est toujours arrêté dans l'anneau.

Les muscles réagissent très-bien sous l'influence du *courant électrique* (Pile de Chardin). — La *sensibilité électrique* est égale des deux côtés. Il en est de même de la *sensibilité* au toucher, à la douleur, à la *température* et pour la peau et pour les muqueuses (bouche, pharynx, nez, œil, oreille). Dans certaines explorations le malade prétend un peu mieux sentir le chaud et le froid sur la moitié antérieure gauche du corps. — La *sensibilité spéciale* (goût, odorat, audition) est conservée et il ne parait pas y avoir de différences appréciables entre les deux côtés. Les réponses parfois contradictoires du malade tiennent à son état intellectuel et peut-être à la façon dont les questions sont posées.

RÉFLEXIONS. — I. Sous le rapport de l'*hérédité*, nous devons relever, du côté paternel : grand-père *alcoolique*, grand' mère *hémiplégique*, oncle *apoplectique*, autre oncle *cancéreux* ; — du côté maternel, mère très nerveuse, *peurs* dans l'enfance, *hémiplégie* transitoire au cours d'une grossesse ; grand-père *excès de boisson* et *tuberculose* ; oncle *ivrogne* ; cousine germaine *hystérique* (?) ; trois petits cousins ou cousines et cinq frères ou sœurs morts de *convulsions*. Il ressort de cette énumération que l'*hérédité* est très chargée ; peut-être même l'est-elle davantage, car nous manquons de détails sur une partie de la famille.

II. Lep... est atteint d'*imbécillité* avec *paraplégie spasmodique*, dont l'origine paraît être congénitale. Nous allons donc relever ce qui a trait à l'imbécillité et à la paraplégie.

III. D'un an à 7 ans, Lép... offrait l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'*idiotie*, même à un degré avancé : physionomie égarée, ne dénotant aucune intelligence ; parole et marche nulles ; incapacité de s'aider en quoi que ce soit, gâtisme, etc. A la fin de cette période, la marche commence à devenir possible, la parole débute, le gâtisme diminue.

Depuis son entrée dans le service, à 10 ans et demi, jusqu'à la fin de 1896 (21 ans), il se produit une certaine amélioration. Nous n'avons pas obtenu de progrès scolaires bien frappants, par suite de sa répugnance pour tout ce qui exige une attention soutenue. Mais ses notions sur toutes les choses usuelles se sont étendues ; « Autrefois, dit sa mère, sa conversation était décousue, maintenant quand il cause ses idées se suivent. » D'autre part, il a acquis une habileté assez grande pour tout ce qui n'exige qu'une activité physique. Il sait se déshabiller, s'habiller, nouer, lacer, faire sa toilette, etc. Sa tenue, d'habitude, est propre. A l'atelier de couture, il travaille médiocrement parce qu'il faut rester immobile. En revanche, il aime à balayer, nettoyer et apporte, en particulier, un soin méticuleux à concourir au nettoyage du service des Bains. Il se conduit bien, n'est plus grossier, est affectueux envers les siens, ne décèle aucun instinct mauvais ni dans la section, ni dans ses sorties. En résumé, aujourd'hui, au point de vue clinique, on ne porterait plus le diagnostic : *idiotie*, mais le diagnostic : *imbécillité*, de sorte que devant le faire passer aux adultes, en raison de son âge, nous hésitons entre une des sections de l'Asile comme aliéné ou l'une des divisions de l'Hospice comme incurable.

IV. Si l'*accouchement* a été naturel et si l'on n'a pas noté d'asphyxie à la naissance, par contre la grossesse a été accidentée par une perte sanguine sérieuse qui a été rattachée à l'expulsion d'un germe (?). On ne saurait dire si dès les premiers jours de l'existence, comme cela existait chez une petite fille de la Fondation Vallée (Clay...), les membres inférieurs étaient contracturés, mais ils l'étaient certainement à 11 mois et de 2 ans et demi à 6 ans, la contracture s'accompagnait de douleurs qui rendaient très pénibles les tentatives faites pour apprendre au malade à marcher.

Ce qui frappe tout d'abord c'est l'*arrêt de développement* relatif des membres inférieurs et de la moitié correspondante du tronc par rapport à la poitrine et aux membres supérieurs qui sont bien développés ; puis l'*attitude générale* du tronc, penché en avant et celle des membres inférieurs : flexion des cuisses en *adduction* très prononcée sur le bassin ; flexion des jambes en *abduction* forcée, sur les cuisses ; déformation des pieds dont la pointe est exagérément portée en dehors. Cette attitude des jambes en V renversé (Λ) est à mettre en parallèle avec un groupe d'autres cas de paralysies spasmodiques dans lequel l'attitude des *membres inférieurs contracturés* est comparable à un X.

La *contracture* l'emporte en intensité sur la *paralysie*, qui n'intéresse pas les sphincters. Les *réflexes* sont conservés, presque égaux des deux côtés. La *trépidation épileptoïde*, spontanée ou provoquée par l'extension du pied, prédomine à droite. Au dire du malade, c'est le membre inférieur droit qui serait le plus atteint. C'est ce que confirment sa mère et notre propre examen.

La *station debout*, sans appui, ne peut se prolonger au-delà de quelques minutes. La plante du pied droit repose à peu près complètement sur le sol, tandis qu'à gauche l'arrière-pied est soulevé. — La *marche* s'effectue sans fatigue, et sans aucun soutien. Le *saut* est impossible. — La *course*, au contraire, s'opère en quelque sorte avec plus de solidité et sans aide et le malade l'exécute avec une certaine rapidité.

V. Pendant les dix années de la présence de Lép... dans le service, nous avons suivi son *développement physique* avec une certaine régularité. Le *poids* et la *taille* sont allés croissant parallèlement et progressivement comme le montre le tableau ci-après. Comparée chaque année à la taille moyenne normale de son âge, elle a toujours été inférieure. L'attitude particulière du malade rend compte, en partie, de cette infériorité.

L'étude de la *force musculaire* à l'aide du dynamomètre ne nous fournit pas de notions bien précises. D'une façon générale, il semble que le côté droit est plus fort que le gauche. Cette conclusion d'ailleurs est sujette à critique, car en dépit des explorations dynamométriques, le malade prétend, lui, que c'est son coté gauche qui est le plus fort.

La *tête*, dont les mensurations ont été prises une ou deux fois par an depuis 1887, a augmenté dans toutes ses dimensions : seule la hauteur médiane du front n'a pas subi de modification (p. 326).

Les *membres supérieurs*, égaux, ont continué à se

développer en grosseur et en longueur et dans les mêmes proportions. — Le *membre inférieur droit* aurait été un peu arrêté dans son évolution, d'après les mensurations de 1889 et de 1891, mais en 1892 et en 1896, nous les trouvons égaux comme en 1887 (p. 327).

Tableau du Poids et de la Taille.

	1886		1887		1888		1889		1890		1891	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids		23 k. 60	23 k. 50	24 k. 30	25 k. 50	25 k. 80	28 k. 50	29 k.	30 k. 50	30 k.	30 k.	30 k.
Taille		1m 21	1m 21	1m 21	1m 23	1m 25	1m 26	1m 29	1m 29	1m 30	1m 33	1m 34
	1892		**1893**		**1894**		**1895**		**1896**		**1897**	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	34 k.	41 k. 10	44 k.	49 k.	49 k. 10	49 k.	49 k. 30	49 k. 20	51 k. 50	51 k. 80	52 k.	
Taille	1m 37	1m 40	1m 41	1m 46	1m 46	1m 46	1m 46	1m 49	1m 50	1m 50	1m 50	

Ces diverses mensurations, qui ne sont pas toujours faites semestriellement comme nous le désirerions, n'ont de valeur que dans leur ensemble. Il y a, en effet, de temps en temps des chiffres contradictoires. Cela tient à ce que ce n'est pas toujours la même personne qui prend les mensurations — nos internes changeant tous les ans — et aussi à ce que, pour la tête, les cheveux sont plus ou moins longs, et, pour les membres, parce qu'il peut survenir un amaigrissement occasionné par une maladie intercurrente, sans compter les attitudes anormales semblables à celle de Lép... (1).

La *puberté* s'est développée avec lenteur. Ce n'est qu'à 17 ans qu'a commencé l'apparition de quelques poils aux aisselles et au pénil. Les testicules n'étaient pas descendus à l'entrée (*anorchydie* à 11 ans); le gauche est descendu seulement à 14 ans et le droit est encore arrêté à l'anneau (22 ans). Le testicule gauche est d'ailleurs peu volumineux (1). Le système pileux

Tableau des mensurations de la tête.

MESURES DE LA TÊTE.	1887	1889	1891	1892	1893	1894	1895		1896		1897	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Circonférence horizontale maxima	50	51	52	52	52	52.5	53	53	53	54	53	
Demi-circonf. bi-auriculaire	35	37	36	36	36	36	36	36	37	37	37	
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	31.5	35	36	35.5	35	35	38	38	38	38	37	
Diamètre antéro-postérieur maximum	16.7	17	16.7	17.5	17.5	17.5	17.5	17.5	17.5	18	18.5	
Diamètre bi-auriculaire	11	12	13	13	13	13	13.5	13.5	13.6	14	14	
— bi-pariétal	14.5	14.7	14.5	14.5	14.5	17.5	14.5	14.5	14.5	15	15	
— bi-temporal	12	12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	
Hauteur médiane du front	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	

est maintenant assez bien fourni. En résumé, en plus de la *cryptorchydie* incomplète droite qui persiste, il y a eu un arrêt de développement de la puberté.

VI. Les observations concernant les *maladies nerveuses chroniques des enfants*, ou remontant à l'enfance, sont souvent incomplètes. Les médecins qui les publient n'ont, en général, étudié qu'une période de la maladie. Les accoucheurs, — pour les *paraplégies* ou les *diplégies spasmodiques*, — les médecins des hôpitaux consacrés aux maladies aiguës de l'enfance — pour les *hémiplégies*, l'*idiotie*, la *méningite*, etc. — voient les cas au début. Les médecins des services

(1) Pour bien des raisons, un service comme le nôtre aurait besoin d'un [illegible], qui serait nommé pour 4 ou 5 ans. Nos internes quittent le service alors qu'ils en connaissent bien les nécessités et le fonctionnement. Et tous les ans nous recommençons un apprentissage de 5 ou 6 mois !

(1) La descente tardive des testicules peut être l'occasion d'accidents [illegible] douloureux qui méritent d'attirer l'attention. Notre maître, Delasiauve, a [illegible] dans la *Revue médicale* de mars 1840 une note très intéressante sur [illegible] question, intitulée : *Descente tardive du testicule gauche prise pour une hernie étranglée, etc.*

affectés aux enfants nerveux et idiots, puis les médecins des services d'aliénés adultes ou les médecins des hospices les observent les uns *avant*, les autres *après* la période de croissance. Et ces derniers sont obligés de s'en fier aux souvenirs soit de la famille, soit simplement des malades. De là des lacunes regrettables,

Membres supérieurs.

	1887 Juillet. D.	1887 Juillet. G.	1889 Janvier. D.	1889 Janvier. G.	1891 Juillet. D.	1891 Juillet. G.	1892 Janvier. D.	1892 Janvier. G.	1896 Décembre D.	1896 Décembre G.
Circonférence au niveau de l'aisselle	20	20	19	20	22	22	27	27	27	28
Circonf. à 0m 05 au-dessus de l'olécrâne	19	19	19	18.	19	18	24	24	25	25
— à 0m 05 au-dessous de —	17	17	17	17.5	21	20	25	25	25.5	25
— au niveau du poignet	15	15	15	15	15	15	17	17	17.5	17.5
— — du métacarpe	18.5	18.5	19.5	19.5	19	18	22	22	22	22.5
Distance de l'acromion à l'olécrâne	24	24	29	28	26	26	36	36	36	36
Dist. de l'olécrâne à l'apoph. styl. du cubitus	21	21	19.5	21	23	22	25	25	25.5	25.5
— du cubitus à l'extrémité du radius	16	19	18	16	20	18	22	22	22	22
Membres inférieurs.										
Circonférence au niveau de l'aine	38	38	34.5	36	35	36	46	46	45	45
— à 0m 05 au-dessus de la rotule	28	27.5	27.5	30	26	27	36	36	35	35
— à 0m 05 au-dessous de —	24	23.5	24	23.5	25.5	25.5	30	30	30	30
— au niveau du cou-de-pied	17	17	17	17	20	21	24	21	21.5	21.5
— à la partie moyenne du pied	19	19	19.5	20	22	22	23	23	23	23
Dist. de l'épine iliaque antero-supérieure à l'interligne art. du genou	30	30	35	35	34	35	48	48	48	48
Dist. de l'interligne à la malléole externe	31	31	31	30.5	30.4	32	38	38	38.5	38.5
— de la malléole externe à l'extrémité du médius	17	17	16.5	17.5	18	18	22	22	22	22
Pied { Longueur										
Pied { Largeur										

des conclusions contradictoires. Tous les enfants devraient avoir leur *livret de famille*: si cela est difficile en ville, cela est possible dans les hôpitaux par l'établissement de *fiches*, sur lesquelles chaque entrée dans un établissement hospitalier serait inscrite, avec le diagnostic et le nom du médecin. En s'adressant aux médecins — qui, eux, devraient prendre ou faire prendre exactement l'observation de tous leurs malades — et qui devraient encourager ceux-ci, en cas de besoin, à revenir dans leurs services, on arriverait souvent à reconstituer plus rigoureusement qu'aujourd'hui l'*histoire scientifique* des malades au grand bénéfice de la science (1).

(1) Ce n'est pas le moment de donner des indications bibliographiques complètes sur les paralysies de l'enfance; nous rappellerons cependant à nos lecteurs les leçons publiées par notre ami le professeur F. Raymond dans le *Progrès médical* sur les *Affections spasmo-paralytiques infantiles* (1894, nos 2, et 6).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Enseignement professionnel du personnel secondaire et la Laïcisation des Hôpitaux.

Tandis que dans un certain nombre de pays, en tête desquels se placent l'Angleterre et les Etats-Unis, on apporte un grand zèle à organiser des écoles pour l'instruction du personnel secondaire des hôpitaux, des hospices et des asiles, on ne s'occupe pas, chez nous, autant qu'il conviendrait, de cette question qui devrait pourtant attirer l'attention des médecins et des administrateurs. Aussi, est-il de notre devoir de profiter de toutes les occasions qui se présentent pour en parler de nouveau. Nous avons raconté dans le temps que notre ami, le Dr Sorel, avec les Drs Lausià, Powilewicz et Courbet (du Havre) avaient soumis à l'administration municipale un projet de création d'une école de garde-malades. Ce projet fut renvoyé par le Conseil municipal, dans sa séance du 1er août 1894, à l'examen de sa Commission d'Assistance publique. Cette Commission entendit le rapport du Dr Fauvel dans sa séance du 12 novembre suivant. Sans entrer dans les détails, M. Fauvel insistait sur la nécessité d'avoir, au point de vue médical, un personnel de garde-malades « suffisamment préparé à des fonctions qui, pour paraître subalternes, n'en sont pas moins d'une grande importance. » Le rapporteur envisageait cette nécessité, tant au point de vue des malades indigents, c'est-à-dire du service dans les hôpitaux, que des familles aisées, qui, bien des fois, faisaient « des appels infructueux à des communautés dont le personnel était insuffisant ».

M. Fauvel concluait en proposant de renvoyer à la Commission administrative des Hôpitaux, avec avis favorable, le projet de M. le Dr Sorel et de ses amis. Cette conclusion fut adoptée. La Commission administrative, sur un rapport du Dr Chauvel, a adopté un projet d'école de garde-malades. Ce projet, après avoir été discuté par la Commission du Conseil municipal et la Commission administrative des Hospices réunies, qui avaient pris connaissance d'un exposé du Dr Sorel, a été soumis au Conseil municipal du Havre, dans sa séance du 17 mars dernier. Voici les lignes principales de ce projet:

Il est fondé au Havre, sous les auspices du Conseil municipal et la surveillance de la Commission administrative des hospices, une école de gardes-malades. Cette école ne recevra provisoirement que des élèves infirmières, mais pourra recevoir dans la suite des élèves infirmiers, s'il s'en présentait. Les professeurs seront nommés par le maire, sur la proposition de la Commission hospitalière.

Les élèves seront recrutés par le personnel hospitalier ou parmi les personnes exerçant en ville la profession de gardemalades ou s'y destinant. Ces élèves ne pourront être âgés de moins de 18 ans, ni de plus de 40 ans. Ils devront justifier, soit par un certificat d'études primaires, soit par un examen subi au moment de leur inscription, d'une instruction primaire suffisante pour leur permettre de suivre efficacement les cours. Une enquête sera faite sur leur honorabilité par les soins de l'Administration : les admissions aux cours seront prononcées par la Commission administrative des hospices.

La durée des études est fixée à dix-huit mois au moins, dont une année de cours théoriques et six mois de cours pratiques formant stage. Un examen sera passé à la fin des cours théoriques, et ne seront admis au cours pratiques que les élèves qui auront obtenu le brevet ou certificat d'études qui sera délivré

à la suite du premier examen. Le diplôme ne sera délivré qu'à la fin du stage.

Les cours seront professés dans les établissements hospitaliers : au nouvel hôpital pour le debut. Les cours et le stage seront entièrement gratuits.

Le jury examinateur sera nommé par la commission administrative et composé comme suit : Un membre de la Commission hospitalière, président, mais ne faisant pas fonction d'examinateur, deux professeurs, un médecin des hôpitaux ou de la ville... C'est sur l'ensemble des notes que la Commission administrative décidera de l'admission au stage ou de l'obtention des titres.

Après une courte discussion, M. Marais, maire du Havre, s'est exprimé ainsi : « Avant de mettre aux voix les conclusions du rapport, je dois déclarer que l'unanimité des membres de la Commission administrative des hospices et l'unanimité des membres de la Commission de l'Assistance publique sont tombées d'accord sur la rédaction du projet qui est soumis aujourd'hui au Conseil municipal. »

Les conclusions du rapport ont été adoptées, l'école sera ouverte au mois d'octobre prochain.

Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations les plus vives aux promoteurs de cette création et en particulier à notre ami, le Dr Sorel, qui a été autrefois l'un de nos collaborateurs à l'Ecole d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre.

La création d'écoles professionnelles d'infirmiers et d'infirmières a été également examinée par le Conseil municipal de Marseille. Elle a été l'objet d'une remarquable conférence de M. Martin-Dupont au Congrès des Loges de l'Hérault, réuni à Cette le 7 février 1897. Nous ne sommes pas renseigné sur la suite donnée à cette création par le Conseil municipal de Marseille, mais nous savons que les vœux par lesquels M. Martin-Dupont terminait sa conférence ont été adoptés. En voici le texte :

Le Congrès émet le vœu que dans toutes les villes où existe une Faculté ou une Ecole de Médecine, et dans celles où l'etablissement de grands hôpitaux fournit un personnel capable d'enseigner, des écoles professionnelles d'infirmiers et infirmières soient créées, en vue de former des garde-malades et des directrices de crèches ;

Qu'en outre, il soit fixé une date, à partir de l'ouverture des dites écoles, au-delà de laquelle nul ne pourra être admis comme infirmier ou infirmière dans les hôpitaux et hospices, ou directrice de crèche, s'il n'est titulaire d'un diplôme régulier de garde-malade.

Ces vœux sont tout à fait conformes aux idées que nous avons si souvent défendues Il est nécessaire, en effet, que l'on procède pour les *établissements hospitaliers* comme on l'a fait pour les *écoles primaires.*

Le lien intime qui unit l'*enseignement professionnel* à la *laïcisation des hôpitaux*, nous amène à communiquer à nos lecteurs quelques renseignements relatifs à cette réforme.

Dans un voyage que nous venons de faire à Dun-sur-Auron et à Bourges, nous avons recueilli quelques renseignements interessants sur la laïcisation. L'hopital de Dun a été laïcisé en même temps que les écoles en 1879. Ce petit établissement était auparavant desservi par les sœurs de charité de Montoire (1).

L'Hôtel-Dieu de Bourges, que nous avons également visité, est toujours desservi par les sœurs de charité de Montoire. Mais, on a remplacé la sœur pharmacienne de cet établissement et celle de l'hôpital général par un pharmacien de la ville, aidé d'un garçon de laboratoire. On a supprimé les chapelles qui existaient dans les salles de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital général. Enfin, on a remplacé le nom des saints par des noms de médecins et de bienfaiteurs des hôpitaux.

A l'Hôtel-Dieu, le nombre réglementaire des lits est de 107. 62 seulement étaient occupés. Pour ce petit nombre de malades, il y a 9 sœurs et 13 infirmiers ou infirmières. Les sœurs ont une indemnité de 150 fr. par an, soit 1,350 fr. Si l'on évalue leur nourriture et les autres avantages à 2 fr. par jour, soit 3 650 fr., la dépense totale serait de 5,000 fr. Or, un hôpital de ce genre (100 malades) pourrait être facilement desservi par deux surveillantes à 600 fr. par an, ce qui, avec la nourriture évaluée également à 2 fr., donnerait une dépense de 2,600 fr. seulement, soit une économie de 2.400 fr.

La question de la laïcisation de l'hôpital de Limoges a été posée par M. Baulieu, au Conseil municipal de cette ville, à l'occasion de la discussion du budget de l'hôpital. A la suite d'une discussion très vive à laquelle notre ami, le Dr Th. Raymond, a pris une part active, le Conseil municipal a rejeté le budget hospitalier et voté la laïcisation à bref délai de l'hôpital.

Dans sa séance du 15 février 1897, l'un des conseillers, M. Treich, a lu un rapport très documenté justifiant la laïcisation de l'hôpital et invitant la Commission administrative à prendre une décision conforme. Le 8 mars suivant, le rapport a été l'objet d'une discussion très vive et le Conseil a voté la laïcisation par 23 voix contre 9. Entre ces deux discussions, la Commission administrative avait décidé, comme à Bourges, de laïciser le service de la pharmacie où le préfet, s'appuyant sur le rapport de l'inspection générale, avait signalé des abus qu'on ne pouvait tolérer plus longtemps.

Nous ne croyons pas que l'autorité supérieure ait jusqu'ici donné son assentiment au vote du Conseil municipal de Limoges. Ce sera sans doute l'œuvre d'un autre ministère. En attendant, et pour assurer la réforme qu'elle a décidée, la majorité du Conseil municipal ferait bien d'organiser une école professionnelle à l'exemple du Conseil municipal du Havre. C'est par la création d'écoles professionnelles pour les infirmiers et les infirmières qu'on rendra facile et durable la laïcisation des établissements hospitaliers et qu'on assurera aux malades des soins conformes aux indications de la science et de l'hygiène (1). BOURNEVILLE.

(1) Le maire de Dun, M. Periot, qui accompagnait la Commission de surveillance des asiles de la Seine dans la visite des aliénées placées chez les habitants, nous a dit que, à l'exemple du département de la Seine, il avait placé trois vieillards dans les familles autres que la leur, moyennant 15 fr. par mois et 5 kilog. de pain, au lieu de les hospitaliser. C'est là un mode d'assistance dont on ne peut que le féliciter et qui mérite d'être répandu.

(1) Nous avons appris récemment que le *Dispensaire des enfants malades*, fondé à Marseille il y a cinq ans, par le comte et la comtesse Gilbert des Voisins, était desservi par un personnel laïque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 mai 1897.

Sur l'intervention du manganèse dans les oxydations provoquées par la laccase.

M. Gabriel BERTRAND, en étudiant le pouvoir oxydant des laccases retirées de différents végétaux, traitées ou non par l'alcool, vient de découvrir que ce pouvoir oxydant varie dans le même sens que la teneur en manganèse des cendres de ces ferments. En utilisant une laccase très pauvre en manganèse, comme celle qui est extraite de la luzerne, il a constaté que la faible activité oxydante de ce ferment pouvait être augmentée par l'addition d'une quantité minime d'un sel de manganèse; et qu'aucun des métaux, fer, aluminium, cérium, zinc, cuivre, calcium, magnesium, potassium, ne pouvait remplacer le manganèse. En rapprochant ce fait du rôle que joue le calcium dans l'oxydation de la pectine par la pectase, M. Bertrand conclut que, dans l'étude des ferments solubles, il faudra désormais tenir compte, non seulement de la substance organique à laquelle on attachait jusqu'ici toute l'idée du ferment soluble, mais encore de celles qu'on pourrait appeler co-ferments (ici minérales, là peut-être organiques) qui forment, avec la première, le système véritablement actif.

Expériences montrant que le foie détruit l'hémoglobine dissoute et qu'il en garde le fer.

M. Louis LAPICQUE injecte dans les veines de jeunes chiens d'un an une solution d'hémoglobine à la dose non toxique de 10 à 15 cc. par kilogramme d'animal. Dans les vingt-quatre heures qui suivent, les urines passent très chargées en hémoglobine; elles le sont beaucoup moins le jour suivant et plus du tout le troisième jour; et, en dosant colorimétriquement l'hémoglobine dans la solution injectée ainsi que dans les urines, on trouve que la quantité totale éliminée par le rein est environ le dixième de la quantité injectée. Après avoir fait à un chien deux injections de ce genre à huit jours d'intervalle, l'animal est sacrifié: la couleur du foie lavé se trouve être plus foncée qu'à l'état normal, et sa teneur en fer s'est élevée à plus du double, tandis que, dans la rate, la teneur normale de ce métal avait peu monté. Or, on sait d'après les expériences antérieures de M. Lapicque et d'autres auteurs, qu'à la suite de maladies microbiennes ou d'injections directes de toxines, toutes causes qui amènent une désagrégation des globules rouges, l'accumulation de fer se fait surtout dans la rate. Il faut donc admettre qu'il existe deux mécanismes hématolytiques : l'un s'appliquant aux globules (par exemple aux globules extravasés) et déposant du fer dans la rate, l'autre à l'hémoglobine dissoute dans le plasma et déposant le fer dans le foie. Le mécanisme qui s'exerce constamment à l'état physiologique est-il le premier ou le second? C'est ce que de nouvelles expériences pourront élucider.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 mai. — PRÉSIDENCE DE M. DUPUY.

M. CHARRIN dépose une note sur l'*examen photographique* de certains composés organiques, en particulier la lécithine.

M. LAPICQUE a étudié le rapport qui existe entre la *quantité de fer contenue dans le foie* et l'âge des sujets. Dans ces recherches, faites avec M. GUILLEMONAT, il a constaté que le fer, plus abondant pendant la gestation, diminuait beaucoup au moment de la naissance. Ils ont vu que ces différences étaient très marquées chez le lapin, plus marquées que chez le chien, comme l'avait déjà vu Zalesky, et que chez l'animal arrivé à son développement normal l'âge n'apportait plus que des modifications tout à fait insignifiantes dans la teneur en fer de l'organe hépatique.

M. GRÉHANT a dosé l'*oxyde de carbone* contenu dans les bouches des calorifères de cave. Ces doses sont en général très faibles, et les calorifères de cave des appartements de Paris sont à ce point de vue très sains. Pourtant, ayant constaté une série d'accidents nocturnes dans la famille d'un rentier, M. Gréhant fit une prise d'air à la bouche de chaleur de leur appartement et constata dans cet air une teneur en oxyde de carbone de 1/2.200; ce qui est important.

M. Auguste MICHEL adresse une note sur *le mécanisme du soulèvement du corps sur la pointe des pieds*

MM. IMBERT et ASTRUC envoient une note sur la *variabilité de l'acidité des urines.* A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Les sténoses incomplètes pyloriques et non pyloriques.

M. HAYEM montre que le syndrome de Reichmann, gastrosuccorrhée permanente, même dans l'intervalle des périodes digestives, coïncidant presque toujours avec une énorme dilatation de l'estomac, répond anatomiquement, d'une façon constante, à un obstacle mécanique siégeant au voisinage du pylore. Cet obstacle existe soit au niveau du pylore même, soit au niveau du duodénum. Ces deux formes ont leurs symptômes communs caractéristiques et leurs symptômes spéciaux Les sténoses incomplètes, pyloriques ou sous-pyloriques, sont d'un diagnostic facile. On s'appuiera surtout pour ce diagnostic sur la présence *constante*, le matin à jeun (dix à douze heures après la dernière ingestion d'aliments), de liquide stomacal renfermant des débris d'aliments. Quand le liquide de rétention sera abondant et souillé de débris grossiers, facilement reconnaissables sans le secours du microscope, et se rapportant parfois à des aliments déglutis plusieurs jours auparavant, on devra placer le siège de la sténose au voisinage du pylore. Lorsque, au contraire, le liquide résiduel sera peu abondant, coloré quotidiennement ou presque quotidiennement en vert par de la bile, lorsqu'il ne tiendra en suspension que des débris alimentaires assez ténus pour n'être reconnus qu'au microscope, on devra diagnostiquer une sténose sous-pylorique. Le diagnostic étiologique est beaucoup plus difficile. L'absence d'acide chlorhydrique libre, alors que le taux d'acidité est très élevé, est un grand argument en faveur du cancer. Cette notion de l'obstacle mécanique fait comprendre le peu d'efficacité du traitement médical. Les seuls palliatifs sont un régime très sévère et le lavage fréquent de l'estomac. Souvent même les malades arrivent à abuser du lavage en raison du soulagement qu'il produit. Parfois à la longue survient une amélioration spontanée très réelle. Celle-ci s'observe surtout en cas d'ulcère. Mais, en général, l'affaiblissement progressif rend nécessaire une intervention chirurgicale. Celle-ci doit être faite avant le début de complications tuberculeuses toujours imminentes. Les observations personnelles de M. Hayem semblent comme choix de l'intervention favorables à la gastroentérostomie.

M. ROBIN insiste sur l'importance diagnostique entre le spasme pylorique, où il ne faut pas opérer, et la sténose vraie. Le seul signe différentiel est fourni par la chimie pathologique. Dans le spasme du pylore, l'azote des matières fécales et des urines représente la totalité, si ce n'est plus, de l'azote des ingesta. Dans l'hypothèse d'une sténose vraie, organique, l'azote des fécès et des urines représente seulement la moitié environ de l'azote alimentaire. Même disproportion pour les matériaux inorganiques.

M. HAYEM croit qu'à elle seule la présence constante d'un liquide résiduel le matin à jeun dans l'estomac est un signe certain de sténose. Il insiste sur l'importance pratique et sur la nouveauté de cette constatation.

Un cas de Gordius chez l'homme.

M. BLANCHARD cite un fait fort rare de Gordius, probablement introduit par l'eau de boisson et qui après un

séjour de quinze jours environ dans le tube digestif fut expulsé par la bouche. Le ver filiforme avait 29 centimètres de long. Il n'existe que six cas analogues dans la science, dont un avec accidents hystériformes, disparus après l'expulsion. Les eaux de ruisseaux renferment parfois le Gordius ; il est donc toujours bon de les filtrer.

Élections.

M. Rendu a été élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale par 56 voix contre 1 à M. Joffroy, 9 à M. Troisier, 3 à M. Chauffard, 1 à M. Gaucher, 1 à M. Marie et 5 bulletins blancs.

Legs.

Prix Magitot. — M. Caventou donne lecture d'une clause du testament de M. Magitot, par laquelle celui-ci fonde un prix biennal de 1.000 francs pour une question de stomatologie et d'odontologie, et lègue à l'Académie la partie de sa bibliothèque qui concerne les questions de stomatologie.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai 1897. — Présidence de M. Debove.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par le naphtol camphré.

M. du Cazal (Val-de-Grâce) présente un malade atteint de péritonite tuberculeuse. Après une ponction évacuatrice, M. du Cazal lui injecte 8 grammes de naphtol camphré dans la cavité péritonéale. Le malade guérit de sa péritonite et l'on put constater l'amélioration évidente de lésions tuberculeuses concomitantes des poumons.

M. Debove rappelle que des résultats analogues ont été obtenus par le lavage du péritoine.

Ictère chez un dyspeptique sans fragment, ni urobiline dans les urines.

M. Hayem présente un malade atteint de dyspepsie. Au bout de quelque temps il s'aperçut que les téguments du malade offraient une coloration jaune intense. Les urines du malade ne présentaient aucune trace de pigments biliaires, ni de leurs dérivés (urobiline). Etait-on en présence d'une variété anormale de xanthodermie ? M. Hayem prie les dermatologistes de donner leur avis sur cette coloration des téguments.

M. Jacquet n'a observé aucun malade atteint de troubles cutanés de ce genre.

M. Hayem est convaincu qu'il a affaire à un ictérique. Il a examiné le sérum du sang du malade et tant au spectroscope que par le procédé de Gosselin, il y a constaté les pigments biliaires. Pour que les pigments passent dans les urines, il faut que leur tension dans le sérum soit fort grande. Il est donc utile de rechercher ces pigments dans le sérum du sang.

Hydrocéphalie héréditaire.

M. Marie présente deux malades adultes atteints d'hydrocéphalie. L'un parait l'avoir acquise dans sa première enfance. L'autre, plus intéressant, est un hydrocéphalique congénital. Ce malade, peu doué au point de vue intellectuel, est né de parents qui ne paraissent pas syphilitiques. Ses frères et ses sœurs ne sont pas atteints de la même difformité, mais de ses deux enfants, l'aîné a une grosse tête analogue à celle de son père. M. Marie insiste sur l'extrême rareté de cette hydrocéphalie héréditaire qui doit résulter d'un trouble de développement.

M. Rendu fait remarquer l'aspect natiforme du crâne du malade.

M. Jacquet a vu se développer l'hydrocéphalie chez un hérédo-syphilitique.

M. Comby qui a un certain nombre d'hydrocéphales dans son service, conteste l'influence de l'hérédo-syphilis.

M. Chaslin fait des réserves sur le diagnostic d'hydrocéphalie, le volume du crâne ne prouve pas l'augmentation du liquide céphalo-rachidien.

J. Noir.

A PROPOS DE L'HYDROCÉPHALIE

Hydrocéphalie héréditaire et hérédo-syphilis dans l'hydrocéphalie.

M. P. Marie, à la Société médicale des Hôpitaux, a insisté sur l'extrême rareté de l'hydrocéphalie héréditaire. Cette rareté même nous engage à signaler l'observation de Pet..., malade du service des enfants de Bicêtre, publiée en 1893 dans un travail sur l'hydrocéphalie. Ce mémoire de 200 pages environ, que nous avons rédigé en collaboration avec notre maître, M. le Dr Bourneville, fut présenté au Congrès de La Rochelle en 1893 et publié en 1894 dans les comptes-rendus du service des enfants de Bicêtre de l'année 1893. L'observation de Pet... dépasse peut-être en intérêt celle du malade de M. P. Marie. En effet, la mère de ce malade a la tête mal conformée, se rapprochant un peu comme forme de celle de son fils. Un de ses frères est nettement hydrocéphale, une de ses sœurs l'est aussi à un moindre degré. Du côté du père, pas de syphilis, mais au moins deux générations d'alcooliques ou absinthiques. Du côté de la mère, qui paraît hystérique, pas de syphilis probable, mais un oncle suicidé, une tante aliénée et un cousin probablement hydrocéphale. Le même mémoire publie vingt-deux observations détaillées d'hydrocéphalies diverses dont dix-neuf avec autopsie. Leur simple examen démontre la rareté de l'hérédo-syphilis chez les infirmes de ce genre et la place exagérée que l'on a voulu donner, un peu *a priori*, à la syphilis dans l'étiologie de l'idiotie hydrocéphalique comme du reste dans celle de toutes les variétés d'idiotie.

J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 mai 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Redressement de la gibbosité du mal de Pott.

M. Ménard fait la même communication qu'il a faite déjà à l'Académie de Médecine (voir le *Progrès Médical*, p. 311).

M. Brun a refait l'expérience de M. Ménard. Il a vu l'absence de lésion médullaire et aussi la vaste perte de substance des corps vertébraux. Il est certain que les résultats ne peuvent encore faire affirmer l'excellence de la méthode, mais permettent d'engager à continuer les expériences. Dans 2 cas, il a obtenu facilement le redressement.

M. Michaux a vu un petit malade, atteint du mal de Pott depuis sept ans et courbé au point de ne pouvoir marcher que les mains appuyées sur les cuisses. Le redressement a été assez facile et le petit malade est actuellement en bonne voie.

M. Poirier a fait deux fois le redressement. Se fera-t-il des travées osseuses ultérieurement ? La vaste perte de substance devra être comblée. Cependant les expériences devront être continuées.

M. Broca a fait trois fois ce redressement, et les suites immédiates ont été satisfaisantes.

M. Kirmisson présente un petit malade, atteint d'*incurvation du tibia avec absence congénitale du péroné*. L'arthrodèse tibio-tarsienne a permis d'appliquer un appareil avec lequel l'enfant peut marcher.

M. Reclus, il y a 8 à 10 ans, a eu l'occasion de voir un enfant atteint d'une telle malformation. Ostéotomie, puis suture du tendon d'Achille. Le résultat immédiat fut assez bon. Actuellement, le membre est beaucoup plus court et l'enfant n'a guère profité de l'intervention.

M. Nélaton. — La théorie de Dareste que j'avais adoptée et que M. Kirmisson accepte, paraît la vérité. Il faut savoir que le tibia incurvé résiste et il faut en faire l'ostéotomie avec un ciseau bien trempé. Il faut se défier de la saillie antérieure, qui se reproduit à cause du tendon d'Achille. Le résultat immédiat paraît bon ; mais plus tard un membre s'accroît, tandis que le membre opéré reste indéfiniment petit et le malade u[illegible] infirme qui ne peut marcher. Mon petit opéré qui date de 10 ans est aux Incurables. Comme l'a dit Braun, le mal que nous nous donnons pour opérer ces enfants, nous nous le donnons en pure perte : on n'obtient rien. Le plus simple, c'est de faire l'amputation, qui permet de marcher, de changer le pilon au fur et à mesure que le membre sai s'accroît.

M. Jalaguier présente une opérée d'*ablation de la tête de l'astragale et de la grande apophyse du calneum pour pied-bot varus équin congénital.* La marche est parfaite et l'enfant n'a ni appareil, ni bottine spéciale. Elle marchait au 14e jour et actuellement est au 50e jour.

M. Jalaguier. — *Traitement des fractures par l'appareil ambulatoire.* — Présentation d'un malade (fracture bi-malléolaire) et d'une autre fracture oblique avec saillie du fragment supérieur, l'une au 24e jour, l'autre au 10e jour. M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 12 mai 1897. — Présidence de M. Josias.

Entérocolite et néphroptose.

M. Mathieu fait une communication sur la fréquence de la néphroptose chez les personnes atteintes d'entérocolite. Les tiraillements produits par le rein flottant sur les nerfs sympathiques sont peut-être une des causes des troubles nerveux si fréquents observés chez les personnes atteintes d'entérocolite et de dyspepsie intestinale.

Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de solutions d'un sel mercuriel.

M. Cartier adresse à la Société une communication démontrant que le meilleur moyen d'administrer les sels mercuriels dans la syphilis est l'injection intra-musculaire, bien moins irritante et permettant mieux l'absorption que l'injection sous-cutanée. Le sel auquel M. Cartier donne la préférence est le bichlorure.

Digitaline et digitoxine.

M. Adrian. — La question de savoir si la digitoxine allemande est vraiment identique à la digitaline française est une des plus importantes de la pharmacologie, car de sa résolution dépend la généralisation de l'emploi du principe actif de la digitale. Il est donc nécessaire de revenir sur ce point, tant que la question ne sera pas définitivement résolue. Or, malgré l'obscurité des travaux allemands publiés depuis la découverte de Nativelle, il ressort des nouveaux travaux de Kiliani que la digitoxine pure et cristallisée présente tous les caractères de la digitaline cristallisée du Codex français, tels qu'ils ont été définis il y a cinq ans par M. Arnaud. Le seul point nouveau, mis en lumière par M. Kiliani, c'est que la digitoxine préparée par lui est un véritable glucoside, qui peut se dédoubler en deux composants, dont un sucre. Ce caractère appartient aussi à la digitaline, comme le démontrent de récentes expériences de M. Houdas. Cette constatation chimique est fort importante, car d'après les travaux de MM. Franck, Masius et Corin, dont la Société de Thérapeutique a eu à s'occuper en 1895, la digitaline se serait montrée moins active que la digitoxine allemande. C'est là un fait qui serait contradictoire avec l'analyse chimique.

M. Courtade présente un *abaisse-langue* ingénieux, permettant d'immobiliser la tête durant l'examen de la gorge et facilitant les opérations que l'on peut pratiquer dans la bouche, la gorge et l'arrière-nez. J. Noir.

Un prétendu cas de contagion très bizarre. — M. A. D..., jeune homme de 28 ans, passait devant la Cour d'assises de la Seine, pour avoir jeté du vitriol au visage de Mlle B... A l'audience, l'inculpé, qui est atteint d'un mal qui lui a couvert le visage de pustules et que les médecins ont considéré comme étant de nature lépreuse, avait comparu et, après plaidoirie, il a été acquitté. Aussitôt libre, M. D... était allé louer une chambre dans une maison meublée de la rue de Fleurus, dont la propriétaire est Mme B... Or Mme B..., qui s'occupait elle-même de faire la chambre du jeune homme, constatait qu'une éruption de boutons lui couvrait le visage. Elle n'y prit pas garde tout d'abord ; mais, le soir même, le mal s'était aggravé considérablement et un médecin, appelé auprès de la malade, déclarait, au dire d'un journal, qu'elle était atteinte d'un lupus à la face, de nature lépreuse. Cette femme étant méconnaissable, on la transporta à l'hôpital, où le diagnostic du médecin aurait été confirmé. Informé de ces faits, le commissaire de police du quartier a avisé le préfet de police qui a donné des ordres pour que la maison où habitait Mme B... fut immédiatement désinfectée. — En réalité, *il ne s'agit pas du tout d'un cas de contagion de la lèpre*, mais d'une simple maladie de peau, non contagieuse.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr Miraillé

—

VIII. — Alexie sous-corticale (de Wernicke), par Higier.—*Saint-Petersb. med. Woch.*, n° 21, 1896.

VIII. — L'alexie sous-corticale de Wernicke, cécité verbale pure de Déjerine, forme une variété aujourd'hui bien connue d'aphasie, et dont la lésion est nettement déterminée (Déjerine). Mais les exemples en sont encore rares, et méritent d'être publiés.

Obs. I. — Homme de 32 ans ; pas d'antécédents personnels. La maladie commence par des céphalalgies violentes. L'examen révèle les phénomènes suivants : la parole, malgré quelques imperfections (longue durée de la réflexion, arrêt sur certains mots) est intacte. Il n'existe pas trace de surdité verbale. Au début le malade comprend encore quelques rares mots familiers polonais et hébreux ; puis toute lecture devient impossible aussi bien pour l'imprimé que le manuscrit. L'écriture sous tous ses modes est très troublée : écriture spontanée et sous dictée, puis agraphie totale. Papille de congestion, et hémiopie homonyme latérale droite. L'autopsie n'a pas été faite. L'auteur admet l'existence d'une tumeur et très probablement d'une gomme sur le gyrus angulaire.

Obs. II. — Homme de 56 ans, n'ayant jamais eu de maladie infectieuse ; alcoolique, syphilis possible mais douteuse. En 1890, faiblesse des jambes, fourmillements, sensation de froid, douleurs lombaires et rétention d'urine ; en 1892, hémiplégie gauche, diplopie, ptosis double, diminution de l'acuité visuelle Etat actuel : douleurs lombaires, en ceinture, céphalalgie ; parésie de l'oculomoteur droit ; myosis gauche avec immobilité de la pupille à la lumière ; tremblement de la langue, parésie légère du facial inférieur ; hémiparésie gauche ; réflexe rotulien très accusé à gauche, aboli à droite ; analgésie des deux jambes ; hémiopie homonyme droite. Pas de trouble de la parole, ni scansion, ni paraphasie ; le malade comprend tout ce qu'on lui dit, et répète correctement. Aphasie optique ; perte du pouvoir d'orientation, cécité psychique ; dyslexie qui, évoluant, aboutit à l'alexie totale, littérale et verbale ; écriture spontanée et sous dictée parfaitement conservée, impossibilité de copier ; le traitement spécifique améliore en partie cet état. L'auteur admet une lésion syphilitique du cerveau ayant détruit le lobe occipital gauche, et de la moelle.

L'auteur profite de ces deux observations pour exposer et discuter les divers symptômes présentés par ses malades : hémianopsie dans ses rapports avec la cécité verbale, aphasie optique, cécité psychique, cécité verbale. Voici quelques-unes des conclusions de l'auteur : « La cécité verbale peut débuter par la dyslexie. L'hémianopsie n'est pas fatalement liée à la cécité verbale ; le voisinage anatomique des faisceaux nerveux explique seul leur fréquente coïncidence. L'hémianopsie est par elle-même incapable de produire l'alexie. A côté de la cécité psychique des mots, où le malade peut lire sans comprendre, Higier place « l'aphasie optique verbale » où le malade ne peut lire, bien qu'il comprenne la valeur des lettres et des mots. Des diverses hypothèses émises pour expliquer l'alexie verbale et littérale, celle de Bruns-Stöltling est la plus acceptable. Enfin, l'auteur considère la classification de cécités verbales (corticale, sous-corticale et transcorticale) comme inacceptable.

IX. — L'hystéro-tabes ; par J. Vires. — J.-B. Baillière, 1896.

IX. — L'association hystéro-organique constitue un des chapitres les plus intéressants, mais aussi les plus complexes de la pathologie nerveuse. A l'hystérie peut s'associer une maladie organique quelconque ; les deux maladies évoluent côte à côte chacune par elle-même, se superposant, mais toujours différenciables l'une de l'autre. Il s'agit donc d'une association et non d'un hybride.

C'est à l'étude de l'association du tabes et de l'hystérie que l'auteur consacre son travail. « Ces cas d'hystéro-tabes sont peu nombreux puisque l'on n'en compte guère qu'une quinzaine : c'est donc une association rare. Au point de vue symptomatique, l'hystéro-tabes se traduit par le double syndrôme hystérique et tabétique. Hystérie et tabes se juxtaposent sans s'unir, sans donner naissance à une entité morbide nouvelle ;

réunis ils restent indépendants. L'hystéro tabes n'est pas un état hybride : il emprunte à l'hystérie les symptômes hystériques, au tabes les symptômes tabétiques. Il les réalise dans les mêmes proportions et avec le même mode que le tabes pur et l'hystérie pure. Au point de vue du diagnostic, il y a lieu de distinguer l'hystéro-tabes des pseudo-tabes, des tabes combinés, héréditaires, des divers syndrômes simulateurs attribués à l'hystérie et au tabes. Il n'y a rien de pathognomonique dans l'hystéro-tabes, le diagnostic se fait par exclusion et élimination successives des diverses maladies ci-dessus. L'hystéro-tabes s'observe également dans les deux sexes. Le début se fait le plus souvent par l'hystérie chez la femme, par le tabes chez l'homme ; le tabes et l'hystérie jouent, l'un par rapport à l'autre, le rôle d'agent provocateur. L'hystérie peut s'atténuer durant le tabes et lui céder la place, ou bien tabes et hystérie entremêlent confusément leurs manifestations multiples. L'hystéro-tabes suppose un terrain préparé d'avance, perturbé, amoindri dans ses réactions, vicié, dégénéré : cette dégénération est fonction de l'hérédité. Surviennent chez les porteurs de cette tare héréditaire les agents provocateurs (infection, trauma, choc nerveux, arthritisme, tuberculose, alcoolisme) et l'hystéro-tabes se développera. La syphilis est l'exception chez les hystéro-tabétiques. L'hystéro-tabes pourrait relever d'une malformation héréditaire du myélencéphale, causée par des troubles nutritifs, intimes, profonds, d'un défaut de résistance de cet axe cérébro-spinal ayant perdu de sa vitalité par le fait de la tare héréditaire dégénérative des descendants. »

X. — **Le diagnostic de la suggestibilité**; par L. Moutin. — Soc. d'Edit. scientif., 1895.

X. — Après avoir établi le rôle important de la suggestion, soit comme thérapeutique spéciale, soit comme élément de thérapeutique générale, l'auteur s'efforce de donner un moyen de reconnaître pratiquement le degré de suggestibilité des malades. La simple apposition des mains sur les omoplates, pendant 30 à 40 secondes, développe une sensation de chaleur qui se généralise à tout le dos, et quand on retire les mains, si le sujet est suggestible, il se sent fortement attiré en arrière. Ce même phénomène d'attraction en arrière pourrait encore se produire en mettant les mains à une certaine distance du sujet. On pourrait ainsi par ce procédé développer la suggestibilité d'un malade, et utiliser cette suggestibilité pour le traitement.

THÉRAPEUTIQUE

Appendicite et Atonie.

On a longuement discuté, dans ces derniers temps, au sujet de l'appendicite, et tous nos lecteurs ont encore présentes à l'esprit les récentes communications faites à l'Académie et à la Société des hôpitaux. A mon sens, les orateurs n'ont pas assez insisté sur la grande cause des entéro-colites et des typhlites en général : l'atonie gastro-intestinale. Que de fois cette habituelle paresse de l'intestin n'entraine-t-elle pas la phlogose et l'infection stercorales !

Multiples sont les origines de l'atonie : vêtements mal faits ou trop serrés, relâchement des muscles abdominaux, négligence de la discipline intestinale indispensable, entéroptose de Glénard, vie sédentaire, abus du régime carné et condimenté, disposition arthritique aux catarrhes et aux fermentations ; telles sont les causes que nous incriminons, le plus souvent, dans la pratique journalière, pour expliquer l'acrinie du gros intestin et la diminution de son péristaltisme physiologique.

La torpeur du foie est aussi, suivant l'école anglaise, une grande cause de coprostase, de sécheresse des fèces, d'inactivité rectale et d'obstruction du ventre. Le foie n'est il pas, le premier, en cause, lorsque nous déplorons le trouble des mutations nutritives ? Dans ces cas de *torpid liver*, la meilleure médecine est encore la médecine traditionnelle, qui cherche, tout d'abord, à opérer une déplétion des humeurs, pour réparer ensuite, aux frais de matériaux neufs, la constitution des tissus. L'emonctoire intestinal est le plus commode et le plus énergique de tous, pour dégager et renouveler les élaborations cellulaires et restituer, peu à peu, l'intégrité fonctionnelle de la sanguification. C'est ainsi que l'action sécrétoire et assimilatrice d'Hunyadi Janos contre la langueur du foie est, aujourd'hui, universellement admise comme une prophylaxie des plus salutaires.

D'autre part, l'atonie gastro-intestinale possède, dans l'eau purgative naturelle, un remède fidèle et toujours efficace. Par son pouvoir eccoprotique et lubréfiant, stimulant et régulateur, Hunyadi Janos a conquis, d'ancienne date, les préférences des plus grands praticiens. Plus encore, comme mesure préventive que comme moyen curatif, elle nous représente le type de l'évacuant, capable de restituer à l'intestin sa tonicité normale et d'empêcher les hyperplasies réactionnelles de la constipation, en faisant la chasse à tous ces résidus dont la stagnation sert toujours de point de départ à la phlegmasie cœcale.

L'usage habituel de la célèbre source hongroise détermine, au surplus, une sorte d'immunité et hématogène, qui tient beaucoup à la remise en état des glandes digestives et à la décongestion de la circulation abdominale. « La nutrition c'est la vie », disait Galien et, avec lui, les galénistes modernes le proclament, par la voix de Bouchard et A. Gautier : toute médication trophique est une médication macrobiotique...

L'eau purgative naturelle possède une action d'ailleurs complexe, mais qui aboutit à ces deux résultantes desirées : stimulation contractiles des fibres lisses, d'une part, hypersécrétion et dégorgement hépatique et glandulaire, d'autre part. Cette médication suffit, dans la majeure partie des cas, pour exhausser la vitalité générale, chez les sujets torpides et mettre obstacle aux auto-intoxications. Si l'on songe, du reste, que la diathèse qui domine la pathologie contemporaine, je veux dire l'arthritisme, se réduit, au fond, à l'accumulation, dans les plasmas, de principes extractifs toxiques ou fermentescibles, il est impossible de méconnaître la nécessité d'une élimination régulière par un cathartique de choix, tel que celui que nous offre la Nature dans l'eau d'Hunyadi Janos.

Dr E. Monin.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS

ASSISTANCE CHIRURGICALE INSTANTANÉE.

Les Ambulances urbaines et municipales lors de l'incendie de la rue Jean-Goujon.

Organisation du Service de Prompts Secours de la Ville de Paris.

Comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, la question de l'organisation du service de prompts secours de la Ville de Paris est venue en discussion la semaine dernière au Conseil municipal, grâce à l'énergie et à l'activité de M. Paul Strauss.

On verra, à la lecture du compte rendu suivant, extrait du *Bulletin municipal officiel* du 13 mai 1897, quel a été le travail effectué, en 1896 et 1897, par la Commission des Ambulances urbaines, dont nous avions l'honneur de faire partie.

Jusqu'à présent la Commission a reconnu la nécessité de *deux* des *trois* organismes qui pour nous constituent le fondement de toute Assistance chirurgicale instantanée; ce sont : 1° Les *avertisseurs d'accidents*, sur le fonctionnement desquels on n'avait en France aucune donnée avant nos nombreuses publications; — 2° les *ambulances extra-rapides*, avec service de garde médical, dont le premier nous avons étudié l'organisation rationnelle, toutes les tentatives antérieures n'étant qu'un pis-aller insuffisant, même aux Etats-Unis. — La Commission n'a pas accepté notre troisième organisme : l'*Hôpital de Prompts Secours*, prenant pour prétexte qu'il y avait déjà à Paris assez d'hôpitaux de chirurgie. Mais, à l'user, on sera bien obligé de constater qu'on ne peut s'en dispenser. Pour l'instant, elle s'est bornée à demander l'organisation de *services chirurgicaux spéciaux* à l'Assistance publique. — On sait ce que cela veut dire...

En tous cas, on trouvera ci-dessous le résumé de la séance du Conseil municipal; il donnera une légère idée des discussions nombreuses, qui ont eu lieu au sein de la Commission des Ambulances, dont faisait partie aussi le Pr F. Terrier.

M. B.

Question de M. Paul STRAUSS *sur la réorganisation du service de secours contre l'incendie et du service des ambulances urbaines.*

M. Paul STRAUSS.—Messieurs, à la dernière seance, j'ai volontairement ajourné la question très délicate relative à l'organisation des secours contre l'incendie et au fonctionnement des ambulances urbaines.. .. Il faut hater l'amélioration, non seulement du service spécial de l'incendie, mais encore celui des ambulances urbaines, des stations d'ambulance, du matériel, — toutes questions sur lesquelles on peut realiser des progrès immédiats, et je demande à M. le Préfet de la Seine d'introduire le plus tôt possible les mémoires nécessaires et propose au Conseil l'ordre du jour suivant, sur lequel, je l'espère, tout le monde sera unanime :

« Le Conseil invite l'Administration a assurer immédiatement l'achèvement du plan de campagne de la mise en état de defense de Paris contre l'incendie, et a réaliser sans retard le programme de réorganisation du service de secours aux blessés, élaboré par la commission des ambulances urbaines et municipales. Signe : Paul Strauss. »

. . . .

M. ASTIER. — Quand le rapport sera-t-il public?

M. Paul STRAUSS. — La *Commission des Ambulances* n'a pas rédigé de rapport. Elle a tenu de très nombreuses séances et bientôt elle demandera — par l'organe de la 5e commission — au Conseil de sanctionner les décisions de principe qu'elle a prises. C'est pour cela que nous réclamons le dépôt prochain des mémoires de M. le Préfet de la Seine. Il faut en effet que les travaux en cours ne soient pas arrêtés. Et, à ce propos, je rappellerai que si jusqu'à présent nous n'avons pu trouver le terrain nécessaire pour un poste sur la rive gauche, nous avons bon espoir de réussir à bref délai. Je le répète, ce que nous voulons, c'est mettre le Conseil à même de prendre le plus tôt possible une décision définitive. Sans vouloir insister sur ce point, il me paraît que la catastrophe de la rue Jean-Goujon est pour nous un avertissement décisif de nous hater et de mettre complètement Paris en état de défense contre l'incendie et de doter la Ville d'un *service complet de prompts secours.*

. . . .

M. LE DIRECTEUR DES AFFAIRES MUNICIPALES. — ... J'arrive au fonctionnement des voitures d'ambulances lors de la catastrophe récente. Voici ce qui s'est passé exactement... *Les voitures des ambulances municipales n'ont été avisées qu'environ une heure après l'accident. Car actuellement les moyens d'avertissement sont insuffisants.*

M. Paul STRAUSS. — Comment se fait-il qu'il ait fallu que le Dr Nachtel téléphonat lui-même au poste de l'hôpital Saint-Louis, et que, *de 4 h. 15 m. à 5 h. 16 m., personne n'ait songé à se servir d'un organisme de la Préfecture de la Seine.* Je dis cela surtout pour l'avenir. L'administration de la préfecture de Police ne doit pas ignorer une institution de l'Administration de la préfecture de la Seine.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA PREFECTURE DE POLICE. — Chacun a fait de son mieux et est venu à son heure.

M. PAUL STRAUSS. — Je ne veux pas récriminer ; je fais l'observation surtout pour l'avenir.

M. LE DIRECTEUR DES AFFAIRES MUNICIPALES. — C'est, en effet, ainsi que le dit l'honorable M. Strauss, par l'intermédiaire de M. Nachtel, que les ambulances urbaines et municipales ont eté prévenues. *Seize minutes après* (1), les voitures (2) de la station de Saint-Louis étaient sur les lieux; elles furent *promptement* (3) suivies par quatre voitures de la rue de Stael. A 5 h. 35, c'est-à-dire un quart d'heure environ après l'appel (4), le Service municipal d'ambulances avait sept voitures sur l'emplacement du sinistre. Toute la célérité possible a donc été apportée à l'envoi de cette catégorie de secours, et aucune critique ne peut être formulee de ce chef.

Je passe maintenant au troisième point traite par M. Strauss : la *realisation du programme des ambulances urbaines.* Le Conseil se souvient que la Ville de Paris, en acceptant l'actif de ces ambulances, qui s'élevait à 124.000 francs, s'était engagée à creer deux stations nouvelles, l'une sur la rive droite, l'autre sur la rive gauche. La Ville de Paris ne s'en tiendra pas à la realisation de cet engagement. Sur la proposition de M. Paul Strauss, vous avez constitué une Commission en vue d'etudier un programme complet.

Ce programme est actuellement établi, et nous nous préoccupons d'en réaliser l'exécution. Au lieu d'un seul poste sur la rive droite, on en créera plusieurs; l'un d'entre eux, celui de la rue Caulaincourt, est en construction. En outre, le poste de l'hôpital Saint-Louis va être amélioré et aménagé de façon à constituer une sorte de station-type(1). Les travaux sont commencés et seront prochainement terminés. La commission étudiait, en même temps, d'accord avec le service des sapeurs-pompiers, l'installation d'avertisseurs sur la voie publique. Cette dernière organisation seule coûtera au moins 60.000 francs (2). Il n'est pas inutile de faire observer que ces divers travaux, réfection de la station de Saint-Louis avec réseau téléphonique, création de la station rue Caulaincourt, absorberont déjà et au delà la somme cédée à la Ville par l'ancienne association des Ambulances urbaines, et le programme qu'a tracé la Commission spéciale est loin d'être achevé. La Ville de Paris exécutera donc, et bien au-delà, les engagements qu'elle a pris.

Sur la rive droite, une deuxième station était prévue au marché Saint-Honoré. Le Conseil aurait déjà été saisi, si un incident ne s'était pas présenté; les écoles de la rue Cambon doivent, en effet, suivant les intentions du service de l'enseignement, être transférées au marché Saint-Honoré. Depuis, on a abandonné ce projet; par conséquent, nous allons pouvoir introduire notre dossier, et ainsi la rive droite n'aura que deux stations.

Sur la *rive gauche*, on avait primitivement prévu une station rue Domat, à la jonction du boulevard Saint-Germain et de la rue Saint-Jacques; on a dû y renoncer à raison d'opérations de voirie. Nous avons alors cherché d'autres emplacements. Cinq ou six terrains ont été choisis, puis abandonnés. Actuellement, nous sommes en présence de deux solutions : placer le poste sur l'emplacement des abattoirs de Villejuif ou l'installer à Grenelle. Vous voyez, Messieurs, que le programme d'ensemble a été poursuivi, avec une très grande extension même. J'ajoute qu'on se préoccupait en même temps du matériel. Nous avons fait un concours entre les carrossiers; trois types ont eté déposés et vont être soumis à la Commission spéciale.

Le Conseil municipal a éte d'avis qu'il fallait coordonner le service des ambulances *municipales* et *urbaines* (3). On a pensé à la création d'un poste central. Ce poste existe à l'inspection générale de l'Assainissement, 5, avenue Victoria. Son numéro téléphonique est 262-84. Il fonctionne jour et nuit sans interruption et l'on peut, grâce à lui, s'assurer qu'en tous cas une voiture répond à tout appel. Ce service central établit également la liaison entre les ambulances et les hôpitaux. Enfin, pour le personnel, la Commission spéciale s'est livrée à une étude complète qui n'est pas encore terminée (4). Vous voyez que l'on s'occupe très activement de donner satisfaction aux besoins et que la Ville de Paris sera promptement pourvue des postes d'ambulance nécessaire. On dotera ces stations d'avertisseurs téléphoniques, établis sur la voie publique et qui permettront au public d'avertir les stations dans un délai aussi court que possible et d'éviter les retards analogues à celui qui s'est produit. On étudie un modèle de voiture, qui donnera satisfaction à tous les besoins. Enfin, la question du personnel est à l'étude. Je crois avoir ainsi complétement répondu aux questions que m'a posées l'honorable M. Paul Strauss.

. . . .

M. STRAUSS. — ... Si je n'avais craint de jeter l'alarme, j'aurais plus explicitement mis en lumière l'insuffisance du service de secours, insuffisance qui s'est révélée tant dans l'incendie des ateliers Godillot que dans la catastrophe du Bazar de la Charité.

. . . .

M. ASTIER. — Tout a l'heure, M. le Directeur des Affaires municipales a esquissé un plan d'organisation générale des ambulances municipales et urbaines. M. Thuillier nous parlait à l'instant de ce qui se fait à l'étranger dans le service des secours contre l'incendie. Nous pouvons invoquer également le fonctionnement des ambulances à l'étranger. Lors du voyage que je fis à Budapest avec un certain nombre de nos collègues, j'ai admiré l'organisation des ambulances; elle comprend notamment un poste central unique comportant le téléphone, des chevaux prêts à être attelés, un personnel medical composé de deux ou trois assistants et quelques infirmiers sachant faire des pansements.

---

(1) *Ce temps me parait bien court*; et je me demande comment la voiture partie de Saint-Louis a pu être *en seize minutes* rue Jean-Goujon ! On avait donc attelé des *chevaux spéciaux*... — Je demande à ce que l'expérience soit refaite, montre en main, devant la Commission des Ambulances, avec les chevaux habituels.

(2) Combien de voitures? — Trois, dix, vingt... ? (?).

(3) Qu'entend-on par *promptement* ? *Un nombre de minutes*, s. v. p. !

(4) Cette affirmation me parait être... indiscutable!

(1) La Commission n'a pas été appelée à discuter ces plans.

(2) A la dernière séance de la Commission des Ambulances urbaines, en présence des devis présentés par l'Administration (M. le Directeur aurait pu le dire), il a été décidé qu'on *n'utiliserait pas le réseau des pompiers et qu'on recourrait à un réseau spécial*, car cela n'entraine pas des frais beaucoup plus considerables.

(3) Nous avouons que nous n'avons jamais compris la nécessité de cette... coordination, qui présentera, on le verra, à l'user, de *très grands inconvénients.*

(4) Cette étude est complètement terminée à l'heure actuelle.

M. Paul STRAUSS. — Cela est compris dans le programme de la Commission

M. ASTIER. — Parfaitement, mais on n'a pas parlé de poste central, et c'est ce qui m'a ramené à la tribune. A Budapest, quand un accident se produit, on avertit par téléphone le poste central (1), qui envoie immédiatement une voiture avec le personnel et les objets de pansement nécessaires. Au poste central, un tableau indique le nombre de places libres dans chaque hôpital, et l'on peut ainsi diriger les victimes vers les hôpitaux avec la certitude qu'elles y seront recueillies. A Paris, au contraire, quand un accident survient, on transporte les victimes chez un pharmacien, de là au poste de police puis on les dirige vers un hôpital, quitte, s'il n'y a pas de place, à les envoyer dans un autre hôpital.

M. Paul STRAUSS. — Nous connaissons cette organisation.

M. LE DIRECTEUR DES AFFAIRES MUNICIPALES. — C'est ce programme qui a été étudié par la Commission spéciale; nous proposerons au Conseil d'en assurer l'exécution.

. . . .

M. CAPLAIN. — Je tiens à ajouter un mot au sujet des postes de secours aux noyés. Il y a un mois j'ai eu l'occasion de voir comment ces postes fonctionnent. Je dois rendre hommage au dévouement des personnes qui ont donné leurs soins aux victimes, qui étaient alors transportées dans un de ces postes de secours; mais j'ai été surpris de voir que le système d'avertisseurs employé pour communiquer avec les bureaux de police était toujours l'ancien appareil Morse. On procède aux appels par des coups plus ou moins longs qui correspondent aux objets que l'on veut demander; ce mode de procéder a eu pour résultat dans l'espèce, que, lorsqu'on demandait un médecin, au bout d'une heure il n'était pas arrivé. Par conséquent, je demande la mise à l'étude de la réorganisation de ces postes de secours; il me semble que l'établissement du téléphone entre les postes de secours aux blessés et les postes de police n'entraînerait pas une dépense excessive.

M. LE PRÉSIDENT. — Le Conseil est saisi de deux propositions émanées, l'une de M. Paul Strauss, l'autre de M. Quentin-Bauchart. Je consulte le Conseil sur ces deux propositions.

Les propositions de MM. Paul Strauss et Quentin-Bauchart sont successivement adoptées.

VARIA

Association de la Presse médicale française.

Réunion du 7 mai 1897.

Le 7 mai 1897 a eu lieu le trente-sixième dîner de l'Association de la Presse Médicale sous la présidence de M. le Dr de Ranse. Vingt-cinq personnes y assistaient.

M. le Pr CROUZAT (de Toulouse) a été nommé membre titulaire pour la *Revue obstétricale internationale* et M. le Dr VERNEAU (de Paris) pour l'*Anthropologie*. — M. Bardet a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr MORICE (*Gazette des Eaux*).

L'assemblée a décidé qu'une lettre de condoléances serait adressée par le secrétaire général à M. le Dr Lesourd (*Gazette des Hôpitaux*), à l'occasion de la perte cruelle qu'il vient d'éprouver en la personne de sa fille, décédée dans l'incendie du Bazar de la Charité et qu'une couronne serait déposée sur le cercueil au nom de l'Association de la Presse médicale.

M. de Ranse a demandé la nomination d'une commission chargée d'étudier l'opportunité de la création d'un *Conseil de Famille de l'Association*; cette proposition a été admise et la commission se composera de MM. Cornil, président, Lucas-Championnière, Leblond et Marcel Baudouin, secrétaire.

M. CEZILLY, syndic sortant, a été réélu par acclamation.

M. A. Rousselet, n'étant pas docteur en médecine, est déclaré ne pas pouvoir faire partie de l'Association. — Le décès de M. le Dr de Saint-Germain laisse une place vacante (*Revue des maladies de l'Enfance*). — M. Sorel (du Havre) a fourni des détails circonstanciés sur le prochain *Congrès des Jeux olympiques* au Havre; et M. CHERVIN a indiqué pourquoi le *Congrès d'Hygiène de Madrid*, qui doit commencer le dimanche de Pâques 1898, ne peut pas être avancé, malgré les démarches faites par le bureau du Congrès de Médecine de Montpellier.

M. le Dr M. BAUDOUIN a communiqué tous les renseignements qu'il possède sur le Congrès de Médecine de Moscou et en particulier l'intéressante excursion du Caucase. M. B.

(1) Un poste central s'explique en Amérique ou dans une ville comme Budapest; il n'a pas les mêmes avantages dans une cité immense, comme Paris, où d'ailleurs il entraînerait à des dépenses énormes. En ce qui concerne la répartition des blessés dans les hôpitaux, ce système a de grands inconvénients (longs transports des blessés, etc.). M. B.

La Guerre turco-grecque et l'Ambulance suisse.

L'incorrection, au moins apparente, des procédés de la Croix-Rouge suisse, qui offrit vainement ses services à la Grèce et les refusa à la Turquie, a donné lieu, dans ce pays même, à de nombreuses protestations. Le *Genevois* lui a reproché de ne vouloir soigner que « des plaies chrétiennes et des fractures baptisées ». D'autres organes, la *Berner Volkszeitung*, par exemple, accusent le médecin de corps d'armée, M. Bircher, « d'avoir compromis le bon renom de la Suisse avec sa retraite d'ambulance ». Ce qui est certain, c'est que le Conseil fédéral s'est trouvé placé, par l'action de la Croix-Rouge, dans une position très délicate à l'égard de la Turquie. Le *Journal de Genève* se demande comment l'on peut voir, dans cette attitude, « une violation d'il ne sait quelle déclaration de neutralité ». Cet organe, qui reconnaît que l'affaire de la Croix-Rouge « a mis la Suisse en fâcheuse posture », ignore-t-il donc que le service des secours aux blessés est neutralisé en vertu d'une convention internationale à laquelle a adhéré la Turquie? La chancellerie fédérale n'avait-elle pas pris soin elle-même, dans la note où elle faisait connaître l'acceptation de la Porte, de déclarer que « le service sanitaire est neutre et aura à s'occuper de porter secours aux blessés sans considération de nationalité et de religion »? Les devoirs d'impartialité imposés à la Croix-Rouge sont si évidents qu'elle avait dûment notifié au public que, si elle préférait envoyer une ambulance en Grèce plutôt qu'en Turquie, c'était à cause de la supériorité de l'outillage et de l'organisation du service sanitaire ottoman. Cette constatation d'un fait a, il est vrai, pour résultat de rendre particulièrement ridicules les rodomontades de certains journaux, qui prédisaient la victoire des Hellènes, célébraient l'excellence de leur organisation militaire, et annonçaient à l'armée turque d'épouvantables épidémies de petite vérole et d'autres maladies infectieuses : « On est assez surpris, dit, ce matin encore, une feuille vaudoise, d'apprendre que les Turcs ont des services sanitaires bien organisés », et elle ajoute naïvement : « Il serait intéressant de savoir si les infirmières sont turques et si les soins répondent à l'installation. » Un tel étonnement ne peut être le fait que de ceux qui poussaient les Grecs à la guerre, en affirmant imprudemment leur supériorité. D'ailleurs, s'il était justifié, l'argument invoqué par la Croix-Rouge pour donner la préférence à la Grèce n'aurait donc été qu'un prétexte, qu'une invention? En vérité, la sévérité d'une grande partie de la presse suisse n'est que trop explicable. (*Temps*).

Ajoutons que la Croix-Rouge suisse, émue des critiques auxquelles avait prêté son étrange attitude, a communiqué à la presse une longue déclaration. La Croix-Rouge suisse reconnaît les devoirs que lui impose la neutralité du service de secours aux blessés et elle a déclaré que son ambulance les eût strictement accomplis; mais elle a ajouté que c'est par suite d'un « malentendu » que le Conseil fédéral a offert son concours à la Turquie et qu'il s'est ainsi créé des difficultés à lui-même; car la Croix-Rouge suisse ne pouvait pas aller en Turquie.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 24. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Poirier, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Ricard, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Chauffard, Widal. — 2e définitif (Officiat). — MM. Potain, Jalaguier, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Marchand, Delens, Walther. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Marie, Gaucher.

MARDI 25. — 3e *de Doctorat*, (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Achard. — (2e *série*) : MM. Debove, Chantemesse, Roger — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Cornil, Proust, André — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Brun, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Charrin, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Raymond, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pozzi, Maygrier, Bar.

MERCREDI 26. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Pinard, Poirier, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Broca, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Marie, Wurtz. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, André — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) Chirurgie. (1re *série*) : MM. Peyrot, Ricard, Tuffier — (2e *série*) : MM Delens, Jalaguier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Joffroy, Gaucher, Widal.

VENDREDI 28. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Jalaguier, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Chauffard, Widal. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Marie, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Peyrot, Delbet, Broca. — (2e *partie*) : MM. Landouzy,

Gilles de la Tourette, Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 28. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Letulle, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Chantemesse. — 5e *de Doctorat.* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Polaillon, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 26 MAI. — M. Carret. De l'entéro-colite muco-membraneuse. — M. Léon. Le bacille de Friedlander et son rôle de pathogène. — M. Gaullieur l'Hardy. La chlorose ménorrhagique. — M. Deroyer. Des tumeurs solides du cordon spermatique. — M. Collangettes. De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu. — M. Bailhache. Contribution à l'étude des diathèses.

SAMEDI 29. — M. Mimin. De la valeur sémiologique de l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes. — M. Haidar. Le rôle de la croissance dans les maladies. — Mlle Conta. Contribution à l'étude du sommeil hystérique. — M. Thomas. Contribution à l'étude des fractures de la voûte palatine. — M. Bloc. Du siège décomplété, mode des fesses. (Etudes statistiques). M. Fraleu. Du pemphigus chez le nouveau-né. De sa valeur diagnostique dans la syphilis. — M. Posternak. Contribution à l'étude de la pathogénie générale des diplogénèses. — M. Landel. Reche-ches sur caractères micro-chimiques du mucus, — M. Lago. Sur la sciatique double. — M. Chambon. Tuberculose primitive de la rotule. — Mme de Puiffe de Magondeaux. Contribution à l'étude de la leuchkératose vulvo-vaginale. — M. Sicard. De l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne. — M. Ferro. Etude sur la forme douloureuse du chancre de l'amygdale. — M. Winter. Les complications rénales du diabète sucré. — M. Rivière. De l'épicondylalgie.

Enseignement médical libre.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr KOENIG, 14, rue Monge. — Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Maladies mentales. — M. ROUBINOVITCH, chef de clinique de la Faculté de médecine, fait les merердis et samedis, à 9 h. 1/2, à l'Asile clinique (Saint-Anne), un cours élémentaire de pathologie mentale.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 2 mai au samedi 8 mai 1897, les naissances ont été au nombre de 1 139, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 452, illégitimes, 162. Total, 614 — *Sexe féminin* : légitimes, 396, illégitimes, 129. Total, 525.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 mai au samedi 8 mai 1897, les décès ont été au nombre de 1,015, savoir : 523 hommes et 492 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 1, T. 3 — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 26, F. 15, T. 41 — Rougeole : M. 31, F. 20, T. 51. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 6 F. 0, T. 6 — Grippe : M. 0, F. 4, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 116, F. 70, T. 186 — Méningite tuberculeuse : M. 14 F. 17, T. 31. — Autres tuberculoses : M. 21, F. 11, T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 3, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 27, T. 47. — Méningite simple : M. 12, F. 13. T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 23, F. 21, T. 45. — Paralysie, M. 3, F. 5, T. 8. — Ramollissement cérébral M. 5, F. 5, T. 10 — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 37, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 6, T. 10. — Bronchite chronique : M. 9, F. 9, T. 18 — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 16 T. 37. — Pneumonie : M. 26, F. 19, T. 45. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 18, F. 17, T. 35. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 7, T. 13. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 12, F. 9, T. 21. — Sénilité : M. 14, F. 18, T. 32. — Suicides : M. 16, F. 4, T. 21. — Autres morts violentes : M. 18, F. 106, T. 124. — Autres causes de mort : M. 89, F. 40, T. 129. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 1, T. 2.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 97, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40, illégitimes, 18 Total : 58 — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 21. Total : 46.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — M. MATIGNON, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des Sciences de Lille, est nommé professeur adjoint à cette Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — M. FABRE, docteur ès sciences à la Faculté des Sciences de Toulouse, est nommé professeur adjoint à cette Faculté. — M. PARAF, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des Sciences de Toulouse, est nommé professeur adjoint à cette Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Il est créé à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie d'Alger une chaire de clinique des maladies des enfants.

ECOLE PRINCIPALE DE SANTÉ DE LA MARINE. — On se rappelle les vols commis il y a quelque temps à l'Ecole principale de santé de la marine à Bordeaux, qui valurent à leur auteur, un des élèves, une condamnation à deux ans de prison devant le Conseil de guerre de Rochefort. De nouveaux vols viennent d'être constatés à cette même Ecole. Pendant la nuit, les vêtements de plusieurs élèves ont été débarrassés de ce qu'ils contenaient. Trois montres et neuf porte-monnaie, contenant ensemble une somme de 189 fr. 35, ont aussi disparu. Une enquête a été ouverte par la Sûreté.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — Un concours s'ouvrira le 6 décembre 1897, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — M. VOISENET, licencié ès sciences physiques et ès sciences mathématiques, est institué chef des travaux physiques et chimiques.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. CURTILLET, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est chargé du cours de clinique des maladies des enfants. — Il est créé à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger une chaire de clinique des maladies des enfants (Décret).

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. FAVREL (Georges), pharmacien supérieur de première classe, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1896-1897, chef des travaux de chimie et de pharmacie.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'hygiène sociale*. Pr Dr A.-J. MARTIN. — La Conférence pratique du dimanche 23 mai aura lieu au Réservoir des Eaux de la Vannes, à Montsouris (angle de la rue de la Tombe-Issoire et de l'avenue Reille), à neuf heures et demie du matin. Les Cours et les Conférences sont publics.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'Histoire Naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 23 mai à Vaugirard, Issy, Vanves et Meudon. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous : Porte de Versailles à onze heures et demie

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr Grasset est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Riom.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de Médecine*. — Le jury, pour le deuxième concours, était composé de MM. Moissenet, Dieulafoy, Landouzy, Lancereaux, Delpeuch, Hayem, Routier. Le concours pour la place de médecin des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des docteurs Gaston LION, LENOIR et MOSNY. Toutes nos félicitations à nos amis.

Concours de Chirurgie. — Les candidats du deuxième concours qui doit s'ouvrir le 31 mai pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Auvray, Banzet, Benoît, Bernard, Bouglé, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Jayle, Launay, Longuet, Manson, Mauclaire, Michon, Morestin, Péraire, Reblaud, Regnauld, Reymond, Souligoux, Thiéry. Le Jury est provisoirement composé de MM. Th. Anger, Pozzi, Marc Sée, B. Anger, Humbert, Monod, Renault.

Concours d'accoucheurs des hôpitaux. — Ce concours s'est ouvert le 10 mai. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : *Lobule hépatique* (anatomie et physiologie), — Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes : *Rectum* (anatomie et physiologie) ; *Circulation du placenta à terme*.

HÔPITAUX DE NANTES. — *Chirurgiens*. — M. le Dr Heurtaux,

atteint par la limite d'âge, est nommé chirurgien en chef honoraire. — M. le Dr Malherbe, directeur de l'Ecole de Médecine, est nommé chirurgien titulaire des hôpitaux. — M. le Dr Jouon est nommé chirurgien en chef des hôpitaux. — *Médecins.* — Le concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux s'est terminé par la nomination de notre ami et collaborateur, M. le Dr Ch. Mirallié auquel nous sommes heureux d'adresser nos plus sincères compliments.

Hôpital français de Londres. — Le 29e banquet annuel de l'hôpital français de Londres a eu lieu cette semaine en l'hôtel Cecil, sous la présidence de M. de Courcel, ambassadeur de France, et en présence du lord-maire, de l'ambassadeur d'Italie, des ministres des Pays-Bas et de Suisse, de nombreux membres du corps consulaire. Dans son toast à la reine, notre ambassadeur a fait allusion aux marques de sympathie données par l'Angleterre à la France à l'occasion de la catastrophe de la rue Jean-Goujon. Puis, en portant la santé des bienfaiteurs de l'hôpital français, il a mentionné les dons récents de 25.000 francs par la baronne Hirsch et de 100.000 par le gouvernement de la République pour l'établissement d'une maison de convalescence à Brighton. Le secrétaire honoraire de l'hôpital a annoncé que la souscription avait produit 625.000 francs.

Société française d'Otologie et de Rhinologie. — La Société française d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie a nommé président de la prochaine session annuelle M. Lannois, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1° *De l'unité acoustique*; rapporteurs, MM. Gellé père et fils (de Paris) — 2° *La pathologie de l'amygdale linguale*; rapporteur, M. Escat, de Toulouse.

Assistance chirurgicale instantanée. — Une jeune fille tomba du cinquième dans la rue. On la transporta à la pharmacie voisine, on courut à la recherche d'un médecin et *une voiture des ambulances urbaines fut demandée par téléphone à l'hôpital Saint-Louis. Mais aucune voiture n'étant disponible à ce moment, on téléphona à d'autres hôpitaux, même réponse.* Enfin, après une attente de plus de trois quarts d'heure, une voiture d'ambulance arriva, accompagnée d'un interne, et la pauvre fille fut emportée, mourante... Quant au service des ambulances, s'il se fait régulièrement, il faut avouer que le nombre des voitures est bien insuffisant. (*Petit Journal*).

Un cas de Rage. — Au mois de janvier dernier un jeune homme de vingt ans, nommé Paul Fortin, garçon limonadier à Nanterre, était mordu par un chien qui, abattu aussitôt, fut reconnu atteint d'hydrophobie. Le jeune homme se rendit à l'Institut Pasteur dont il suivit pendant quinze jours le traitement antirabique. Le malheureux vient de succomber à l'hôpital Beaujon, après huit jours d'atroces souffrances, à un terrible accès de rage. (*Temps*).

La Peste. — Il résulte des télégrammes reçus au Ministère des Colonies que quelques cas de peste se sont produits sur la frontière de Chine et dans le premier territoire militaire. Des mesures sanitaires ont été immédiatement prises.

Médecins du Canal de Suez. — L'Administration sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte fait savoir qu'elle dispose de deux places de médecin pour le service de la surveillance et de la désinfection à Suez et aux Sources de Moïse. Les demandes doivent parvenir à la présidence du Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire à Alexandrie avant le 12 juin 1897.

Conférence de Berlin pour la Lèpre. — Du 11 au 16 octobre prochain aura lieu, à Berlin, une conférence internationale ayant pour but l'étude scientifique de la lèpre et des moyens employés pour combattre le développement de cette maladie.

La Fièvre typhoïde dans le Midi. — *L'Epidémie du 141e.* — Le 141e régiment d'infanterie, légèrement contaminé par la fièvre typhoïde qui règne à Marseille, est parti de cette ville le 3 mai courant, pour aller exécuter ses tirs à Carpiagne. On écrit de Marseille qu'un inspecteur général des services de santé militaires s'est rendu au camp de Carpiagne, où environ 3 000 hommes effectuent en ce moment leurs exercices de tir. Cette visite était sollicitée par une succession de cas constatés de fièvre typhoïde. On parlait d'une centaine. Le nombre en a été exagéré ; mais il est certain que, par suite du surmenage et du changement de régime de la caserne à la tente, beaucoup de jeunes gens ont été éprouvés. L'inspecteur sanitaire a fait prendre toutes les dispositions utiles pour enrayer le mal et le général Canonge, qui est lui-même un médecin distingué, préside à leur immédiate exécution. Les malades appartiennent surtout au 141e de ligne. Le Ministre de la Guerre a envoyé à Marseille M. Dujardin-Beaumetz, inspecteur général du service de santé, pour faire une enquête sur la situation sanitaire de Marseille. M. Dujardin-Beaumetz, accompagné de M. Dziewonski, médecin-major de 1re classe, a visité récemment, après une entrevue avec le directeur du service sanitaire des ports, différents établissements, notamment l'hôpital militaire. On va laisser momentanément au camp de Carpiagne les troupes qui s'y trouvent et qui étaient sur le point de rentrer à Marseille. A la suite de la visite du médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz à l'hôpital militaire de Marseille, l'autorité militaire a fait évacuer partiellement cet établissement en envoyant dans les hôpitaux de Nice, Avignon, etc., les malades qui y sont, afin d'éviter toute contagion avec les fiévreux et d'avoir des lits disponibles, dans le cas où l'épidémie de fièvre typhoïde s'étendrait. M. Dujardin-Beaumetz a visité Aix et le camp de Carpiagne, afin de juger de la situation sanitaire et de prendre des mesures hygiéniques dans les casernements. La caserne Saint-Charles où l'épidémie s'est déclarée a été complètement désinfectée, toutes les chambres ont été blanchies, on espère que le régiment pourra bientôt revenir de Carpiagne.

Nécrologie. — M. le Dr Champeaux (de Felletin). — M. le Dr Guérault-Crozat (de Tours), décédé subitement à Châtellerault, le 9 mai courant. — M. le Dr Oger (de Nanterre). — M. le Dr Régent (de Guemené-Penfao). — M. le Dr Rouvier (de Pignan. — M. Jean-Henri Arthaud, pharmacien à Clairac (Lot-et-Garonne). — M. le Dr Coccoz (de Fréjus, Var).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Maternité (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h. 1/2.

Hôtel-Dieu. — *Cours pratiques d'Ophtalmologie.* — M. le Dr A. Terson, chef de clinique, a recommencé, le mardi 11 mai, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). Le cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures et durera six semaines. — M. le Dr Mermet, chef du laboratoire, a commencé le mercredi 12 mai, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° *Anatomie de l'œil* (avec technique microscopique). *Physiologie de l'œil*; 2° *Anatomie pathologique et bactériologie oculaires.* Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, et durera six semaines. S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, rue des Carmes.

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

sur

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1896 ;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. Mettetal, J. Noir, Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer.

Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés . . . . 4 fr

---

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris — Imp. Goupy, G. Maurin, succr, rue de Rennes, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 22. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 29 MAI 1897.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Nature du glaucome. Explication de l'action curative de l'iridectomie.

Par le Dr CH. ABADIE.

Le glaucome — aigu et subaigu — procédant par crises (obnubilations passagères de la vision, cercles colorés autour des flammes), ne peut s'expliquer ni par une altération permanente de la région scléro-cornéenne, ni par l'effacement de l'angle irido-cornéen, ni par un changement de structure de l'espace de Fontana. A des désordres permanents devraient correspondre des troubles fonctionnels permanents et non transitoires. Des perturbations passagères, disparaissant sans laisser de traces, nécessitent l'intervention du système nerveux.

L'opinion d'une origine nerveuse a bien déjà été émise, mais jusqu'ici c'est à la cinquième paire qu'on a attribué une action prépondérante.

Les découvertes récentes sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux doivent enlever au trijumeau un rôle qui ne lui appartient pas. C'est un nerf purement sensitif exclusivement chargé de transmettre aux centres les impressions périphériques. Il est centripète et non centrifuge.

L'influence trophique qu'on lui avait reconnue jusqu'ici dans la nutrition de l'œil doit être reportée aux filets du sympathique qui l'accompagnent et entrent ensuite dans la constitution des nerfs ciliaires. Si l'on répète, en effet, l'expérience classique de Magendie et de Snellen, la section intra-cranienne du trijumeau dans le but de déterminer des troubles trophiques de la cornée, ces troubles ne se manifestent plus ou sont enrayés dans leur développement quand on coupe simultanément le sympathique cervical du même côté. Ces faits ont été bien mis en lumière par les travaux de M. Spallita (1).

La même chose a lieu en chirurgie où l'ablation du ganglion de Gasser n'est presque jamais suivie de complications oculaires (2). C'est aux filets du sympathique qui longent ce tronc nerveux dans le crâne pour se rendre ensuite à l'œil par l'intermédiaire des nerfs ciliaires qu'il faut attribuer le rôle principal dans ces troubles nutritifs de l'œil.

Ceci bien établi, nous allons démontrer que, dans le glaucome, tout se comporte comme s'il y avait une excitation tantôt passagère, forme aiguë à crises; tantôt permanente, forme chronique, des fibres vaso-dilatatrices des vaisseaux de l'œil. Tel est, j'espère le prouver, le véritable point de départ de la maladie. Tous les autres symptômes et phénomènes morbides découlent de celui-là.

L'augmentation de tension résulte de la réplétion sanguine exagérée des vaisseaux et peut-être aussi de l'hypersécrétion des liquides intra-oculaires qui en est la conséquence.

(1) *Annales d'Oculistique*, juillet 1896.

(2) Voir l'ouvrage de Krause. — Die Neurologie des Trigeminus nebst der Anatomie und Physiologie des Nerven.

François Franck a fait cette remarque importante que les vaso-dilatateurs de l'œil ont la même origine médullaire, et suivent le même trajet que les nerfs dilatateurs de la pupille. Rien d'étonnant dès lors que la pupille soit constamment dilatée dans le glaucome, l'excitation de ses nerfs dilatateurs ayant lieu en même temps que celle des dilatateurs des vaisseaux de l'œil. Mais la preuve la plus éclatante que le glaucome est bien réellement provoqué par une vaso-dilatation des vaisseaux sanguins de l'œil nous est fournie par l'action des mydriatiques et des myotiques. Grâce à l'action de ces substances, nous pouvons à volonté provoquer ou faire disparaître les phénomènes glaucomateux. Or, ces agents sont tout simplement des dilatateurs ou des constricteurs des vaisseaux de l'œil comme ils le sont de la pupille.

L'atropine aggrave toujours, quand elle ne les provoque pas, les crises glaucomateuses : or, l'atropine a une action vaso-dilatatrice incontestable. — L'ésérine, au contraire, diminue constamment l'intensité des crises de glaucome et elle est essentiellement vaso-constrictive. On peut donc, par le maniement de ces deux substances, provoquer ou faire disparaître le glaucome. N'a-t-on pas ainsi en main la preuve expérimentale de la véritable nature de la maladie?

L'iridectomie agit sûrement dans le glaucome aigu, dans le glaucome subaigu et d'une façon générale dans toutes les formes de glaucome où les troubles fonctionnels sont intermittents. Comment expliquer l'action curative de cette opération? Voici nos idées à ce sujet.

Dans les conditions normales, les courants nerveux qui règlent les rapports réciproques des dilatations et des constrictions vasculaires, parcourent le plexus nerveux situé dans la partie moyenne de l'iris, dans lequel aboutissent un certain nombre de filets ciliaires.

Quand le courant nerveux vaso-dilatateur l'emporte, il arrive sans interruption dans ce plexus nerveux, et la dilatation des vaisseaux de l'œil en est la conséquence. Mais, si l'on vient à couper ce plexus nerveux, l'action surexcitante du courant dilatateur cesse, et tout rentre dans l'ordre. Les vaisseaux sanguins n'ont plus désormais que leur dilatation moyenne. Dans l'iridectomie ce n'est pas donc pas l'excision de l'iris lui-même qui agit, mais bien l'excision d'une portion du plexus nerveux qu'il renferme.

La démonstration rigoureuse du bien fondé de cette explication théorique est facile à établir. Dans un glaucome aigu, si l'on excise simplement comme cela est arrivé quelquefois, soit le sphincter pupillaire, soit la périphérie ciliaire de l'iris sans toucher à la zone moyenne qui contient le plexus circulaire, l'action opératoire n'a plus aucune vertu curative. Si par contre on se contente d'exciser la portion irienne moyenne contenant le réseau nerveux en laissant intactes les portions sphinctériennes ou ciliaires, le malade guérit aussi bien qu'avec l'excision complète. De même peu importe que la brèche irienne soit large ou étroite, pourvu qu'elle comprenne toute la largeur de l'iris. Je dis plus : une simple section sans excision serait suffisante.

Preuve aussi que ce n'est pas, comme le veulent quelques-uns, la section scléro-cornéenne, la sclérotomie qui guérit, c'est que, si on n'y joint pas l'excision de l'iris, le répit n'est que de quelques jours, le glaucome réapparaît. Si, au contraire, alors même que la section porte en plein tissu cornéen, l'iris est excisé convenablement, le succès est aussi complet que lorsque l'emplacement de la section est dans la sclérotique.

Cet ensemble de preuves démontre, je pense, d'une façon péremptoire, que c'est bien l'excision d'une portion du plexus nerveux que contient l'iris qui fait cesser des phénomènes glaucomateux.

Le glaucome chronique se présente sous un aspect un peu différent. Ici il n'y a plus d'intermittence dans les phénomènes. La tension intra-oculaire s'élève lentement, progressivement, entraînant à la longue l'atrophie glaucomateuse de la pupille, sans provoquer le moindre symptôme réactionnel. Dans cette forme de glaucome, ni l'iridectomie, ni la sclérotomie ne donnent d ordinaire des résultats durables. Faut-il en conclure que la nature de la maladie est différente ?

Non, nous en avons encore la preuve dans l'action de l'atropine et de l'ésérine, qui reste la même que dans les formes aiguës ou à crises intermittentes. La vaso-dilatation des vaisseaux de l'œil est encore en jeu, car les instillations d'atropine sont toujours néfastes. L'ésérine et la pilocarpine au contraire vaso-constrictives améliorent toujours, ce sont même à vrai dire les seuls remèdes du glaucome chronique simple. Ces myotiques n'ont une action curative qu'à la condition d'être installés régulièrement, systématiquement tous les jours. Dès qu'on cesse leur emploi la tension intra-oculaire s'élève de nouveau et la maladie reprend son cours. Pourquoi? Parce qu'au bout de vingt-quatre heures l'action vaso-constrictive de l'ésérine est épuisée et pour maintenir cette vaso-constriction, une nouvelle instillation est nécessaire. On ne saurait exiger une preuve plus convaincante.

Dans le glaucome chronique simple, la vaso-dilatation des vaisseaux de l'œil est permanente. S'il s'agissait comme l'ont soutenu quelques auteurs, d'une désorganisation matérielle des enveloppes de l'œil ou même du nerf optique, est-ce que l'action de l'atropine et de l'ésérine, qui permettent pour ainsi dire de modifier à notre gré la maladie, serait compréhensible ? Mais, dira-t-on, pourquoi l'iridectomie n'agit-elle plus alors comme dans les formes aiguës et intermittentes? L'explication n'est peut-être pas très aisée à donner. Je vais dire néanmoins comment je la conçois.

Dans les formes aiguës et intermittentes, ce seraient surtout les vaisseaux de segment antérieur de l'œil qui entreraient en jeu. Les dilatations vasculaires se feraient sentir dans les procès ciliaires et l'iris et les filets nerveux qui règlent la vaso-dilatation et la vaso-constriction de ce département vasculaire seraient précisément ceux qui se rendent dans le plexus nerveux irien. Donc, section de ce plexus, cessation de la vaso-dilatation. Cette hypothèse est d'autant plus acceptable que ces nerfs vaso-dilatateurs, comme nous l'avons déjà dit, ont la même origine, le même trajet que ceux qui vont dilater la pupille.

Dans le glaucome chronique simple, ce n'est plus l'irrigation de ce département vasculaire de l'œil qui présenterait des modifications. La dilatation des vaisseaux n'aurait lieu que dans la trame choroïdienne, dès lors les phénomènes d'hypersécrétion qui accompagnent cette vaso-dilatation seraient beaucoup moins actifs, la tension s'élèverait beaucoup plus lentement, mais d'autre part les filets nerveux vaso-dilatateurs de cette région n'étant plus les mêmes et n'aboutissant plus au plexus irien, la section de ce plexus n'aurait plus une action curative.

Si avec l'iridectomie nous sommes bien armés pour combattre toutes les formes de glaucome aigu, subaigu à crises intermittentes, nous le sommes moins contre le glaucome chronique simple. Dans beaucoup de cas, ni l'iridectomie, ni la sclérotomie, ne donnent de résultats satisfaisants, et c'est encore l'emploi régulier et systématique des myotiques qui, sans amener la guérison, maintient pourtant l'œil indéfiniment dans le *statu quo*.

Il faut même avouer que nous rencontrons encore certaines formes de glaucome chronique simple qui, malgré l'iridectomie, la sclérotomie et l'emploi régulier des myotiques, continuent leur marche extrêmement ralentie, il est vrai, mais encore progressive, acheminant le malade vers la cécité. Dans ce cas qui défient encore toutes nos ressources thérapeutiques actuelles, il y a lieu de chercher à les guérir par d'autres moyens.

On pourrait, ce nous semble, agir sur les nerfs vaso-dilatateurs de l'œil en coupant le tronc du sympathique cervical qui les renferme, comme on le fait avec succès dans le goitre exophtalmique. D'ores et déjà, je crois pouvoir prédire que la section du sympathique cervical jouera bientôt un grand rôle en ophtalmologie.

L'excision du ganglion ophtalmique donnerait aussi probablement de bons résultats. Mais cette opération ne paraît guère pratique en raison de la petitesse de ce ganglion, perdu au milieu de la graisse de l'orbite et aussi de la difficulté très grande d'éviter la section des artères ciliaires et de l'artère centrale de la rétine. On pourrait néanmoins la tenter à la place de l'énucléation dans les cas de glaucome douloureux avec perte de la vision.

Il y aurait encore une autre manière de tourner la difficulté dans le glaucome chronique simple. Ce serait de s'efforcer d'obtenir une cicatrice à filtration. Ce n'est pas alors, il est vrai, à la nature même du mal qu'on s'attaque, mais à ses effets. On n'empêche pas l'hypersécrétion des liquides, mais en favorisant leur écoulement on ramène la tension intra-oculaire à la normale. La sclérotomie simple, malheureusement, n'a pas donné à cet égard les résultats qu'on pouvait espérer. D'ordinaire, les lèvres de la plaie se réunissent régulièrement sans subir la dégénérescence cystoïde et la filtration des liquides en excès ne se fait guère mieux après qu'avant.

Pour rendre la cicatrice cystoïde et perméable, on pourrait, une fois la section de la sclérotique achevée, laisser pendant quelque temps entre les lèvres de la plaie soit une anse de fil catgut, soit un lambeau conjonctival, comme on l'a déjà proposé. C'est aux chirurgiens à s'ingénier et à modifier la sclérotomie simple, de façon à ce qu'elle soit suivie de dégénérescence cystoïde permanente jouant le rôle d'une soupape de sûreté et ne permettant pas à la tension intra-oculaire de s'élever au-dessus d'une certaine limite.

Les hôpitaux d'ivrognes. — Les résultats obtenus ces dernières années, en Russie, par l'internement des ivrognes dans les hôpitaux spéciaux ont été si frappants que ce mode de traitement semble actuellement le seul efficace. Deux hôpitaux de ce genre pour alcooliques existent à Moscou et à Kiew ; un troisième est en construction à Kazan.

Médecins des Lycées. — M. le Dr Richard est nommé médecin-adjoint au lycée de Mâcon, en remplacement de M. le Dr Tissa[illegible], appelé à d'autres fonctions.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assistance chirurgicale instantanée.

LES ACCIDENTS A PARIS.

L'Administration générale de l'Assistance publique a communiqué à la Commission municipale des Ambulances urbaines, sur les travaux de laquelle nous avons insisté dans notre dernier numéro, des données assez précises sur les accidents qui surviennent à Paris sur la voie publique et nécessitent l'entrée des blessés à l'hôpital. Du 22 février au 16 mars 1897, il a été fait 481 admissions de blessés par voie d'urgence dans les hôpitaux. Le tableau ci-dessous montre de quelle façon.

Établissements.	Malades amenés par les Ambulances urbaines.		Blessée amenés par un autre mode de transport.	Blessures ayant nécessité l'appel du chirurgien de garde.	Blessures n'ayant pas nécessité l'appel du chirurgien de garde, mais ayant nécessité cependant une intervention chirurgicale immédiate de la part de l'interne de garde.	Blessures légères.
	Pris sur la voie publique.	Pris à leur domicile.				
Hôtel-Dieu	»	1	23	»	4	20
Pitié	»	»	17	»	1	»
Charité	»	»	7	1	5	1
Saint-Antoine	5	5	32	»	31	11
Necker	2	8	23	1	23	9
Cochin	»	3	28	1	16	14
Beaujon	»	»	55	1	19	35
Lariboisière	10	2	65	4	50	23
Tenon	»	14	28	1	»	41
Laënnec	»	»	7	»	6	1
Bichat	»	2	6	»	5	3
Andral	»	»	»	»	»	»
Broussais	»	»	7	»	7	»
Aubervilliers	»	»	»	»	»	»
B. 29	»	»	»	»	»	»
Hérold	»	»	»	»	»	»
Saint-Louis	49	20	45	1	75	38
Ricord	»	»	»	»	»	»
Broca	»	»	»	»	»	»
Maternité	»	»	»	»	»	»
Baudelocque	»	»	»	»	»	»
Clinique	»	»	»	»	»	»
Enfants-Malades	»	»	3	»	2	1
Trousseau	2	»	6	»	6	2
Bicêtre	»	»	2	»	2	»
Salpêtrière	»	»	»	»	»	»
Ivry	»	»	4	»	3	1
	68	55				
Total	123		358	10	255	200
Totaux généraux	481			465 (1).		

On voit, en somme, qu'à Paris, il se produit *au moins* 480 accidents par *trois semaines* (exactement en 22 jours), c'est-à-dire au moins 600 par mois, sans compter ceux qui ne sont pas catalogués dans les Hôpitaux. C'est là un assez joli chiffre. Et l'on va répétant que l'organisation de l'Assistance chirurgicale instantanée, bonne pour les Etats-Unis — où l'on passe, dit-on, sa vie à se casser la tête, aux deux sens du mot! — est absolument inutile dans la Ville-Lumière, où les dangers d'être écrasé sont, paraît-il, purement illusoires! Affaire d'appréciation...

(1) Nous nous permettons de faire remarquer que dans cette statistique *il manque* 16 *malades, pour la Pitié probablement.* Ils n'ont sans doute pas reçu de *soins !*

L'on pourrait certainement discuter sur ces chiffres à perte de vue. Remarquons seulement que l'on ne dérange pas souvent — au dire de la statistique ! — les chirurgiens de garde. Est-ce parce qu'il n'y a que peu de blessures graves ou parce que les internes interviennent souvent dans les cas sérieux ? C'est là un point très délicat à élucider, et nous ne nous y essaierons pas. Enregistrons, comme c'est notre devoir, et bornons-nous à cette constatation. M. B.

Le Concours de Médecine des Hôpitaux.

La réforme de ce concours depuis si longtemps proposée est décidément urgente. Jusqu'ici la prépondérance et la répétition indéfinie des épreuves théoriques était seule critiquée. Actuellement, c'est l'équité même des diverses épreuves qui se trouve mise en doute. Voici en effet comment s'exprime, dans le dernier numéro du *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, un des juges du premier concours de 1897, M. le Dr Variot :

« ... Qu'avons-nous vu, dit-il après avoir discuté l'influence prédominante de la Faculté dans les jurys du bureau central, au dernier concours dans lequel j'avais l'honneur bien platonique, je l'avoue, d'être juge ? Au moment même de la constitution du jury, les candidats ont dressé la liste des concurrents qui devaient être nommés.

On connaissait les influences dont disposaient les candidats favoris, les marchandages habituels en pareil cas, les échanges de complaisance, etc.; quant aux épreuves, il n'en était pas question, elles n'étaient pas encore commencées.

J'ai eu le regret de constater que les craintes des candidats non désignés, pour employer l'expression courante, n'étaient que trop fondées; après 35 séances de 3 heures chacune, après avoir vu défiler aux diverses épreuves 75 candidats, tous hommes instruits et distingués, la majorité du jury a fait sortir de l'urne les noms des trois concurrents qui étaient dans toutes les bouches au moment même où le jury s'est réuni pour la première fois.....

Je ne saurais évidemment blâmer mes nouveaux collègues d'avoir su gagner les bonnes grâces de maîtres puissants, je ne veux non plus faire aucune critique personnelle de leur mérite. Mais en conscience est-il possible que ces trois seuls candidats aient eu pendant ce concours le don de l'infaillibilité, qu'aucun d'eux n'ait fléchi à certaines épreuves, pendant que les 70 autres concurrents culbutaient tous indistinctement les uns sur les autres?

A la première séance, lorsque le jury s'est constitué, nous aurions dû voter, les nominations eussent été telles quelles :

Les candidats n'auraient eu ni les émotions, ni la peine de faire les épreuves et les juges auraient pu employer mieux un temps que je considère pour ma part comme perdu.

Si les choses restent en l'état, c'en est fait des concours des hôpitaux, comme de ceux de la Faculté. Les épreuves ne sont plus que de lamentables simulacres destinés à cacher une élection concertée d'avance entre la majorité des juges.

Il n'est que temps d'agir si l'on veut que le corps des hôpitaux reste ouvert à tous les travailleurs de mérite. Combien d'hommes de grande intelligence, écœurés par le favoritisme et les injustices flagrantes, ont été rebutés avant même d'entrer en lice ! »

Ces critiques ne visent en rien les élus, médecins laborieux et très méritants, mais la façon dont les Jurys fonctionnent et s'entendent. Nous avons cru devoir relever l'appréciation de M. Variot à titre de document, en attendant que nous revenions sur l'organisation du concours lui-même.

ACCIDENTS DUS A L'ÉLECTRICITÉ. — *Chevaux foudroyés.* — Un curieux accident s'est produit avenue de la République. Deux chevaux attelés à une voiture de commerce appartenant à M. Leduc, blanchisseur à Pantin, ont été foudroyés par une commotion en passant sur les plaques des accumulateurs électriques servant à l'alimentation du tramway Place de la République-Romainville.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 mai 1897.

Quatrième note sur les applications de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax.

M. Bouchard apporte, aux notions déjà fournies par lui, deux faits nouveaux concernant les renseignements que peut fournir la radioscopie dans les maladies du thorax. Chez un homme de 45 ans, atteint depuis deux mois de dysphagie progressive avec accès de spasme, qui en était arrivé à ne plus pouvoir ingérer que les liquides, et chez lequel on avait porté le diagnostic de rétrécissement de l'œsophage sans que rien autorisât à en déterminer la nature, M. Bouchard a pu constater une tumeur bilobée siégeant à gauche de la quatrième vertèbre dorsale, et affirmer dès lors qu'il s'agissait d'un cancer de l'œsophage, fait que l'autopsie a permis de vérifier dans tous ses détails, quelques jours plus tard. Chez plusieurs autres malades, l'examen radioscopique fait en avant et en arrière a permis de diagnostiquer l'insuffisance aortique. Dans l'insuffisance aortique, la chute brusque de la tension vasculaire due à l'impossibilité d'occlusion des valvules aortiques et le reflux du sang qui en est la conséquence mettent l'aorte dans un état de vacuité relative auquel succède brusquement une réplétion quand survient la systole suivante. C'est ce qui donne le pouls bondissant dans l'insuffisance aortique; c'est aussi ce qui fait que, grâce aux rayons de Rœntgen, on voit battre dans le thorax, chez les malades atteints d'insuffisance aortique, l'aorte ascendante à droite du sternum, l'aorte descendante à gauche de la colonne vertébrale. Quand l'aorte est normale, on ne la voit pas. Quand elle est simplement dilatée, on la voit mais on ne distingue pas ses battements. L'existence, dans les sièges indiqués, d'une ombre qui bat en avant en s'écartant et se rapprochant des deux bords du sternum, qui bat en arrière en s'écartant et se rapprochant du bord gauche de la colonne vertébrale, est caractéristique de l'insuffisance aortique.

Démonstration par les rayons de Rœntgen de la régénération osseuse chez l'homme à la suite des opérations chirurgicales.

M. Ollier a mis à profit les rayons de Rœntgen pour suivre la régénération osseuse qui se produit après les résections sous-périostées. Grâce à l'application de cette méthode, on n'a plus à attendre la mort des opérés pour prouver d'une manière irréfutable la réalité de la régénération osseuse et en déterminer le degré.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 mai. — Présidence de M. Dupuy.

M. Langlois dépose une note de M. Abelous sur *l'action fermenticielle des oxydases résultant de la macération des organes oxydants.* Quant on filtre d'une façon parfaite le résultat de cette macération, on n'obtient pas ensuite de phénomènes oxydants.

M. Domelli a étudié les *altérations de la cellule nerveuse*, dans les néphrectomies expérimentales, par la méthode de Golgi, et par celle de Nissl pour le plasma. On a trouvé des altérations sensibles dans l'écorce de la moelle et du cervelet.

M. Laborde présente son volume sur *les tractions rythmées de la langue* et en tire un certain nombre d'exemples de survie après asphyxie ou noyade, lorsque la période de syncope avait été de vingt ou même de quarante minutes.

M. Fournier rapporte *des cas de calculs biliaires photographiés par les rayons X.* Jusqu'à présent, les résultats obtenus ont été négatifs, et il faudrait étudier de nouveaux procédés d'éclairage pour rendre les calculs biliaires accessibles à la radiographie. A. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 mai 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Le périoste dans l'opération de Syme.

M. Ollier a fait plus de 50 fois l'opération de Syme et a toujours conservé le périoste. La question doit être étendue. Il a pu radiographier une malade réséquée du calcanéum et du pied (opération de Syme). Le calcanéum s'est en grande partie reproduit. Cet os, qui date de quinze ans, ne changera plus. Sur des photographies d'opération de six mois, les contours sont moins accentués dans l'os nouveau; mais on le devine en voie de formation. Ces faits démontrent que dans les désarticulations tibio-tarsiennes il faut conserver le lambeau doublé du périoste. Il est encore utile de le faire dans l'amputation de jambe au tiers inférieur. Cette conservation du périoste a un autre avantage, c'est de faciliter le manuel opératoire. On ne risque pas de léser ainsi la tibiale postérieure. Dans certains cas, quand l'os est sain dans une partie de sa profondeur, on peut conserver une masse osseuse. La réunion, la suture du jambier antérieur, du fléchisseur a une grande importance. Les malléoles doivent être réséquées ou tout au moins au niveau de leurs pointes; le résultat orthopédique, la rapidité de la guérison font recommander l'opération dans les cas de lésions osseuses étendues.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur par la carie de la deuxième grosse molaire droite.

M. Moty. — C'est par propagation par le canal dentaire du phlegmon que s'est faite l'extension de l'ostéomyélite. Résection de la branche montante.

M. Routier. — Une femme enceinte, à la suite d'une carie dentaire, a fait de la nécrose du maxillaire, laquelle fut suivie de l'extraction d'un séquestre.

Des péritonites généralisées.

M. Routier. — Le malade que j'ai présenté ici etait bien atteint de *péritonite généralisée.*

M. Quénu. — On ne peut affirmer la généralisation de la péritonite suppurée; il vaudrait mieux l'appeler *péritonite étendue.*

M. Bouilly. — Les péritonites à pneumocoques sont souvent très étendues. Il cite un cas qui s'est terminé par la guérison.

M. Chaput a observé un cas semblable à celui de M. Bouilly.

M. Walther a vu trois cas de péritonite à pneumocoques: une, non généralisée, incisée a guéri. Une autre, beaucoup plus étendue, incisée sur la ligne médiane, a permis de parcourir l'abdomen du petit bassin au diaphragme au-dessous de la masse intestinale reléguée et isolée en arrière. C'était encore du pneumocoque. Une troisième généralisée, sans tendance à l'isolement ou à la collection, aurait guéri après l'incision, si le malade n'avait fait sortir ses anses intestinales et amené une péritonite généralisée qui fut mortelle.

M. Richelot. — Il y a une différence entre les péritonites étendues et les généralisées. Pour exprimer la virulence de certaines péritonites, il propose de les appeler *diffuses*. Mais, ce qui est important, c'est la nature de la péritonite.

Fracture des deux rotules.

M. Chaput fait un rapport sur une observation de M. Lafourcade (de Bayonne). En une séance, suture des deux rotules au fil d'argent, puis suture au catgut des ailerons après ablation des caillots de l'articulation. Au bout de dix jours, ablation de l'appareil plâtré. Guérison.

M. Nelaton présente un cas de *suppuration du sinus frontal. Ablation de la paroi antérieure et du plancher du sinus.*

M. Albarran présente un cas de *fistule rénale guérie par le cathétérisme permanent de l'uretère.* M. B.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE
Congrès de 1897.

De l'auto-infection dans les maladies oculaires.
(Suite de la discussion).

M. Meyer (de Paris). — J'estime, au contraire, que l'infection métastatique de l'œil est fort rare dans les septicémies les plus qualifiées, en particulier dans la septicémie puerpérale. Peu d'oculistes en ont observé quelques cas au cours de leur carrière. Dans la statistique de l'état-major allemand pour la guerre de 1870, on trouve 2 infections oculaires sur près de 1,800 faits de septicémie post-opératoire. Le nombre de cas survenus après des fièvres graves (typhoïde, etc.), est également très restreint.

M. de Wecker. — Il n'était point besoin, à mon sens, de mettre ainsi l'ophtalmologie à la remorque des doctrines nouvelles et de chercher exclusivement dans les enseignements de a médecine générale des conclusions que la pratique de notre spécialité nous avait depuis longtemps indiquées. Nous savions indubitablement que l'auto-infection n'intervient en rien dans l'évolution d'une inflammation post-traumatique. La chirurgie oculaire repousse absolument la fausse doctrine du réveil des diathèses se localisant dans l'endroit blessé, en faisant justice de cette éternelle hérésie du *locus minoris resistentiæ*, modifiée actuellement en « conditions du terrain ».

Du moment que nous pouvons opérer sans réaction inflammatoire des alcooliques, diabétiques, syphilitiques, quelle peut être l'importance de l'état diathésique?

A propos de l'ophtalmie sympathique, si elle est autre chose que l'effet de la migration des germes d'un œil à l'autre, comment expliquer qu'elle soit devenue si rare depuis les progrès de l'antisepsie? Comment se fait-il qu'elle atteint surtout des sujets vigoureux?

La symétrie des manifestations oculaires n'est pas le signe d'une origine diathésique. Tout le monde a vu des exemples d'irido-choroïdites rhumatismales, métritiques, de chorio-rétinites spécifiques, localisées pendant des années sur un seul œil.

M. Vacher. — M'occupant en même temps, dans ma pratique, des affections du nerf des oreilles et de la gorge, j'ai pu me rendre compte de la grande relation qui existe entre les affections oculaires et celle de ces organes.

M. Boucheron. — Beaucoup d'infections streptococciques sont justiciables du traitement par le sérum antistreptococcique, ainsi les dacryocystites chroniques et aiguës. Il pourrait en être de même pour les manifestations oculaires du rhumatisme, sachant que le streptocoque s'associe dans certains cas au bacille anaérobie d'Achalme. Je l'ai essayé avec succès dans certains cas toxiques d'iritis rhumatismal.

M. Despagnet. — Dans la plupart de ces cas d'auto-infection oculaire, il s'agit bien d'embolies infectieuses, comme cela s'est produit dans deux cas que j'ai publiés, l'un à la suite d'une phlébite chez une femme en couches, l'autre chez un homme atteint de broncho-pneumonie infectieuse. Cependant, dans d'autres cas, témoin ce fait d'iritis suppurative blennorrhagique que j'ai publié en 1888, où il est difficile d'admettre qu'il s'agisse d'embolie, attendu que la vision était revenue normale. Il doit donc y avoir plusieurs modes de transmission des agents septiques dans l'ophtalmie métastatique.

M. Galezowski — Je ne crois qu'il faille faire intervenir l'infection pour expliquer l'ophtalmie sympathique; c'est une lésion de nutrition par action nerveuse réflexe sans intervention de microbes ou de toxines.

Quant à l'iritis chez les blennorrhagiques, je ne crois pas qu'elle soit attribuable aux gonocoques. Dans le pus provenant d'un de ces foyers purulents, j'ai trouvé du staphylocoque et non le gonocoque.

M. Lagrange. — Dans les auto-intoxications par diabète ou albuminurie, la présence des produits excrémentitiels est suffisante pour expliquer les altérations constatées dans les tissus, par exemple les lésions de la rétinite grave. Les cas de panophtalmie métastatique ne sont peut-être pas si rares qu'il paraît, car beaucoup de ceux qui surviennent avant la mort ne sont ni connus, ni publiés.

M. Chibret. — La kératite interstitielle est d'origine hérédo-syphilitique. Ce qui tendrait à le prouver, c'est l'aspect même de cette kératite qui se présente par îlots sur la cornée. La syphilis, qui est fort probablement une affection bacillaire, trouve sur la cornée un bouillon de culture où elle forme des colonies en îlots comme sur l'agar. La syphilis agit directement sur l'œil et non indirectement par suite d'une dyscrasie qui en serait la conséquence. Ce qui prouve bien que c'est une affection syphilitique, c'est qu'elle guérit par le mercure bien appliqué.

M. Kalt. — Cette efficacité de la médication mercurielle est selon moi, loin d'être prouvée. J'ai traité autrefois beaucoup de cas de kératite interstitielle par les injections massives de calomel, jusqu'à produire de l'intoxication, et j'ai vu néanmoins l'affection suivre son cours habituel. Dernièrement j'ai observé un adulte atteint d'accidents syphilitiques pour lesquels on lui avait fait dans un hôpital trois injections de calomel. Tous les accidents disparurent; mais quatre semaines après ces injections le malade était pris d'une kératite interstitielle qui évolua, comme c'est l'habitude à cet âge, d'une façon bénigne.

M. Panas. — Dans un rapport sur un sujet si vaste il était difficile de toucher toutes les questions s'y rapportant. Parmi les questions principales, en ce qui concerne la kératite parenchymateuse, je maintiens mon opinion et je proteste surtout contre l'assertion de M. Chibret, à savoir que la guérison par le mercure est une preuve de syphilis. Nous savons, en effet, que le mercure agit favorablement dans d'autres affections. Ce n'est d'ailleurs pas contre la syphilis que la médication mercurielle a été inventée. Je ne dis pas que la panophtalmie métastatique soit fréquente; mais pour les cas existants, la pathogénie n'en reste pas moins telle que je l'ai signalée. M. de Wecker, défendant la théorie migratrice, se base sur ce que l'asepsie a diminué le nombre des cas d'ophtalmie sympathique. Je suis de son avis pour ce qui concerne les résultats de l'asepsie, puisque, s'il n'y a pas infection de l'œil, il n'y a pas non plus irritation nerveuse consécutive. Je n'ai pas dit que la symétrie fût un signe absolu d'infection diathésique, mais elle en constitue une probabilité. Je répondrai à M. Galezowski que l'absence du gonocoque, dans un foyer purulent consécutif à la blennorrhagie ne prouve pas que le microbe ne s'y soit pas trouvé à un moment donné et n'en soit pas la cause. Quant à la pathogénie de l'ophtalmie sympathique que j'ai développée, ce n'est évidemment qu'une hypothèse; mais les autres théories en sont aussi au même point et n'en sortiront pas tant qu'elle ne seront pas appuyées sur des faits expérimentaux certains.

M. Valude. — A l'observation d'hématome de l'orbite qui m'est personnelle et rappelée dans son rapport par M. Panas, j'en ajouterai une autre toute récente. Chez une femme de 63 ans, albuminurique et cardiaque, au cours d'une promenade, s'est produit une hémorragie rétro-bulbaire. Or, cette femme avait à ce moment des troubles digestifs accidentels. Je crois pouvoir attribuer cette hémorragie, comme celle du cas précédent, à un état infectieux et passager.

M. Venneman (de Louvain). — Je crois que c'est le liquide céphalo-rachidien qui est le véritable véhicule des toxines et des microbes dans beaucoup d'auto-infections; ainsi dans l'empoisonnement nicotinique, alcoolique, dans l'ophtalmie sympathique migratrice. Une autre forme d'ophtalmie sympathique qui se cantonne au segment antérieur de l'œil, qu'on pourrait appeler symétrique, reconnaît, comme le dit M. Panas, l'intervention du système nerveux. C'est ici l'humeur aqueuse qui est le bouillon de culture, tandis que, pour l'autre forme, c'est le liquide céphalo-rachidien.

M. Parinaud. — J'ai remarqué, lorsqu'une femme met au monde un enfant atteint de kératite interstitielle, que ses grossesses antérieures se sont terminées souvent par avortement, tandis que les enfants nés ultérieurement vivent davantage.

Il s'agit donc probablement d'une syphilis qui va s'atténuant, mais son action me paraît incontestable. J'admets évidemment l'existence des kératites relevant du rhumatisme, de la tuberculose, etc.

Les voies lacrymales sont une cause commune d'infection de voisinage; mais on peut voir évoluer en même temps une in-

fection de voisinage du nerf optique et une intoxication générale, venant du même foyer et amenant des accidents méningitiques, sans conclure fatalement que la névrite est l'effet de la méningite. Ceci est vrai surtout pour les infections d'origine nasale transmises au globe oculaire par les vaisseaux et déterminant en même temps de l'infection générale.

M. Puech (de Bordeaux). — Je ne suis pas de l'avis de M. Meyer au sujet de la rareté de panophtalmie métastatique; j'en connais plusieurs cas qui ont été publiés.

Quant à la kératite interstitielle, les différences d'opinion sur la pathogénie tiennent surtout, je crois, à ce qu'il y a plusieurs variétés de kératite interstitielle, différentes cependant par leurs symptômes et qui reconnaissent des causes différentes. Celle d'Hutchinson est toujours d'origine hérédo-syphilitique et bilatérale, c'est ce qui ressort de ma statistique personnelle, qui porte sur 87 cas.

M. Motais (d'Angers). — Il serait bon de faire ressortir, dans l'histoire de l'auto-infection, que celle-ci n'est pas trop à redouter au point de vue des accidents post-opératoires. Ainsi nous opérons des diathésiques sans aucun retentissement sur la plaie opératoire, alors que des accidents généraux graves peuvent se produire. Je pourrais citer deux cas extrêmement remarquables de mort par coma diabétique dans lesquels la marche normale de l'opération de cataracte ne fut en quoi que ce soit troublée. Tout en tenant compte dans une juste mesure de l'état diathésique, il faut surtout surveiller l'asepsie externe.

M. Vignes. — J'ai observé récemment un nouvel exemple d'auto-infection oculaire; c'est chez une petite fille qui, au cours de la rougeole, fut atteinte d'une chorio-rétinite albuminurique. Des altérations analogues sont provoquées par la naphtaline.

Les toxines microbiennes sont capables de produire des désordres inflammatoires, témoin un cas de chorio-rétinite métastatique où je n'ai pas trouvé de microbes.

Mon expérience sur la kératite interstitielle concorde avec les idées d'Hutchinson; je crois que la syphilis en est le facteur.

Un cas de névrorétinite monoculaire syphilitique avec examen microscopique de l'œil.

M. Henri Juler (Londres). — Un monsieur de 52 ans environ contracta la syphilis en avril 1894. Il fut traité au moment de l'attaque du mercure, et iodure de potassium jusqu'à la disparution de tous les symptômes. En juillet 1896, il s'aperçut que la vue de l'œil gauche commençait de s'affaiblir. Il perdit d'abord la moitié intérieure du champ visuel, puis ultérieurement la moitié externe, jusqu'à abolition complète de la vue dans cet œil. Le 26 juillet 1896, après la perte de la vue, l'œil devint enflammé et très douloureux. Les souffrances étaient augmentées par le moindre mouvement de l'œil; le malade était en mer au moment de l'attaque, et il fut soigné par des fomentations chaudes, avec atropine sur l'œil, mais sans soulagement. Quand je le vis la première fois le 8 août 1896, il était absolument aveugle de l'œil gauche. La tension était normale; il y avait une légère iritis, avec synéchie postérieure complète. La rétine était obscure et invisible. Il y avait de vives douleurs autour de l'orbite. Tous les remèdes, fomentation, sangsues, atropine, opium, ne donnèrent aucun soulagement. On soupçonna l'existence d'une tumeur intra-oculaire, et on enleva l'œil le 26 août 1896. L'opération fut suivie par un complet soulagement de la douleur. L'œil droit était normal, et la vue bonne. Il n'y avait aucun symptôme de la maladie intracranienne. Dans le milieu du mois de septembre il fut saisi par de grandes souffrances dans la région poplitéale gauche, la douleur descendait dans le pied et l'empêchait de marcher. En octobre, il eut une inflammation de la gorge violente et prolongée. En novembre, il apparut de grandes plaques rouge vif et épaisses sur le front, les joues, les épaules et le dos; elles grandirent encore, le front et la figure en devinrent couverts; quelques-unes commencèrent à s'ulcérer dans le centre avec suppuration. Le cas avait maintenant l'apparence de la lèpre avec résultat négatif. Le malade souffrait beaucoup de la diarrhée, et semblait devoir mourir de faiblesse. Il fut mis au lit, bien nourri et soigné par des inonctions mercurielles. La diarrhée cessa, les douleurs dans la jambe disparurent. La peau se guérit rapidement, et le malade recouvra complètement la santé en deux mois. L'œil extirpé fut gardé dans le formol et des sections dévoilèrent plusieurs points intéressants. La papille est gonflée, et la rétine adjacente très épaissie; celle-ci est détachée à gauche et de la couleur de l'acajou rouge. Le nerf optique a presque deux fois son épaisseur naturelle, ayant 6 millimètres de diamètre immédiatement derrière le globe de l'œil. Il présente des stries longitudinales alternativement opaques et blanches, et transparentes et grises. Il y a une opacité diffuse nuageuse de l'humeur vitreuse avec interruptions par des bandes membraneuses dont une passe en avant et en dedans du sommet de la papille gonflée. La papille est oblitérée. La lentille est normale. Sous le microscope, la papille optique est infiltrée de leucocytes entassés; la couche de fibres nerveuses de la rétine montre aussi cette infiltration cellulaire dense; et les couches extérieures sont affectées du plissement de la membrane ordinaire dans tous les cas de papillite grave.

Le nerf lui-même est près du globe oculaire entièrement rempli de leucocytes et plus en arrière ces cellules sont groupées en masses pressées autour des vaisseaux sanguins. La choroïde offre aussi une prolifération cellulaire diffuse. Les endroits rouge acajou de la rétine se trouvent être des extravasations de sang, principalement dans la couche névrofibreuse.

Ce cas me paraît être intéressant et devoir mériter l'attention de la Société pour plusieurs raisons. Premièrement, il y a une véritable inflammation du nerf optique, en arrière du globe et aussi vers la papille. Cela est prouvé par le gonflement, et par l'infiltration dense de leucocytes. Ce n'est pas un simple œdéma de la papille et son entourage, comme on en trouve fréquemment dans les cas de soi-disant papillite, suivant une tumeur intra-cranienne. Secondement, il est indubitable que c'est un cas de syphilis acquise. Les autres lésions qui survinrent après l'excision de l'œil, l'éruption cutanée, et la névrite périphérique de la jambe, prouvent que c'était un cas de syphilis secondaire tardive. Dans ce cas particulier, l'exsudation inflammatoire est très prononcée dans le globe et derrière le globe; mais on peut facilement s'imaginer l'existence de degrés moins accentués de la même inflammation, dans les mêmes régions et due à la même cause. La cause de la névrite rétrobulbaire, où la présence d'un scotome central pour la couleur est le principal symptôme, est souvent très obscure. En observant plusieurs des cas que j'ai soignés, tous ayant guéri sous le traitement mercuriel (cas n'étant pas causés par le tabac). Je me suis persuadé que la principale cause était une inflammation syphilitique. La plus marquée de ces cas était celui d'un officier de marine qui avait récemment acquis la syphilis; il avait une papillite et un grand scotome central pour le rouge et le very dans les deux yeux. Le vision était inférieure à Jager 20; mais il se guérit complètement la vue des deux yeux sous un traitement prolongé d'inonctions mercurielles.

Sur un cas d'hémorragie sous-choroïdienne partielle au cours d'une opération de cataracte.

M. Terson père (de Toulouse). — Il semble inutile de revenir ici sur l'historique bien connu de l'hémorragie post-opératoire. On sait que cet accident prend son origine dans la partie externe de la choroïde, la décollant plus ou moins totalement de la sclérotique, perforant cette choroïde distendue et chassant le corps vitré et même la rétine par la plaie cornéenne. Son caractère général est donc d'être d'ordinaire totale et incoercible. Il m'a paru intéressant de vous présenter un cas où l'hémorragie sous-choroïdienne est restée intra-oculaire et n'a abouti qu'au décollement partiel et stationnaire de la choroïde. Il s'agit d'un malade âgé de 68 ans, non artério-scléreux, atteint de cataractes ambrées, sans état glaucomateux, avec pupille bien mobile et perception lumineuse excellente. Le malade étant très docile, le procédé choisi fut l'extraction à lambeau sans iridectomie. L'opération s'était accomplie régulièrement et était entièrement terminée lorsque la plaie s'entr'ouvrit spontanément, laissant passer l'iris, comme si la grande hémorragie expulsive allait se produire. Un pansement compressif fut immédiatement appliqué et le malade laissé environ dix heures sur le lit d'opérations, dans une immobilité complète. Contrairement aux prévisions, aucune

douleur ne survint et le pansement ne s'imbiba pas de sang. La levée du premier pansement ne fut faite par prudence que le sixième jour et nous constatâmes que l'iris était rentré spontanément à sa place, à part une légère adhérence en un point de la plaie cicatrisée; mais quoique la pupille fût bien noire, la vision était presque nulle. L'examen ophtalmoscopique, fait le treizième jour, démontra l'existence d'un décollement bilobé de la choroïde, d'un rouge sombre, immobile, saillant dans le corps vitré. Les seuls cas analogues observés à l'ophtalmoscope d'une manière précise, ont été relatés par Knapp, Grœnouw et Devereux-Marshall. Deux de ces cas ont été suivis d'énucléation, le décollement choroïdien ayant été pris pour un sarcome.

Au point de vue pathogénique, il semble probable que ces cas d'hémorragie restés partiels sont dus à une résistance plus grande de la choroïde et à une tension sanguine moins élevée que chez les sujets où l'hémorragie devient totale. En plus des moyens hémostatiques (ergotine, compression de la carotide) à employer si l'hémorragie se complète, l'énucléation ou l'exentération immédiates, qui ont été conseillées, sont généralement inutiles. L'énucléation tardive sera réservée aux cas d'atrophie douloureuse ou d'ophtalmie sympathique. Quant à la suture de la plaie, récemment conseillée par M. Trousseau, elle a pour grand inconvénient de nécessiter une nouvelle décompression brusque avec ses conséquences, au moment où l'on défera le pansement pour l'appliquer. La compression redoublée m'a parue suffisante dans les cas que j'ai observés.

Quand il faudra opérer le second œil, le premier ayant été perdu par hémorragie, on pourra employer le procédé suivant qui, deux fois, m'a donné un bon résultat en pareille circonstance. Faire l'incision cornéenne en bas, suivie d'iridectomie; enlever l'écarteur, pratiquer rapidement la kystitomie et évacuer le cristallin par une pression exercée sur le haut de l'œil au travers de la paupière supérieure. Abaisser aussitôt celle-ci au devant de la plaie pour maintenir l'œil fermé jusqu'après l'application du pansement préparé d'avance. Il faut pourtant convenir qu'en ces graves circonstances aucun procédé ne saurait sûrement mettre à l'abri de l'accident redouté; parce que des causes générales supérieures peuvent, cette fois comme la première, exercer leur action d'une manière en quelque sorte fatale.

Essais de thérapeutique ophtalmologique avec l'extrait de corps ciliaire de bœuf.

(Observation d'un cas d'ophtalmie sympathique très grave notablement amélioré par cette méthode).

M. Louis Dor rapporte l'observation d'un malade énucléé de œil droit et atteint à l'œil gauche d'une ophtalmie sympathique très grave, qui, malgré un traitement énergique et prolongé (19 février 1896 à 25 février 1897) était devenu presque aveugle et avait un œil douloureux, rouge et très diminué de volume, et auquel il est arrivé en deux mois (25 février à 25 avril) à rendre un œil à tension presque normale ayant une acuité visuelle suffisante pour que le malade puisse se conduire seul dans la rue, et ceci au moyen d'injections sous-conjonctivales et d'instillations d'un extrait préparé avec des corps ciliaires de bœufs. L'idée qui a guidé M. Louis Dor est la suivante: puisque l'humeur aqueuse filtrée au niveau des procès ciliaires est à l'état normal dépouillée du fibrinogène et de presque toute l'albumine que contient le sérum sanguin dont elle provient, et qu'à l'état pathologique au contraire l'albumine et le fibrinogène passent dans l'œil, il doit y avoir dans le protoplasma des cellules tapissant le corps ciliaire une substance chimique qui retient l'albumine; cette substance doit faire défaut dans les yeux malades, et c'est pourquoi il faut chercher à l'extraire dans des yeux d'animaux pour l'instiller dans des yeux malades qui en sont trop pauvres. Or, cette idée paraît bien vérifiée par l'observation que publie l'auteur.

Ophtalmie sympathique et galvano-cautère.

M. Trousseau. — Je tiens à publier des faits qui ne confirment pas les idées admises sur les causes déterminantes de l'ophtalmie sympathique. Ils montreront que l'emploi du galvano-cautère sur l'œil sympathisant ne joue aucun rôle préventif et peut même provoquer l'éclosion de l'attaque redoutée sur l'œil congénéré. Je réséquai il y a 2 ans une hernie de l'iris sur une femme opérée de cataracte dans des conditions normales, mais vu l'indocilité de la patiente, je crus laisser persister un certain degré d'enclavement que je touchai ensuite profondément au galvano-cautère. Cette dernière manœuvre eut pour résultat de déterminer quelques jours après sur l'œil opposé une attaque franche d'ophtalmie sympathique à forme ciliaire. Si cette observation ne prouve pas absolument le rôle nuisible du galvano-cautère, étant donné les traumatismes antérieurs subis, elle montre au moins que la cautérisation appliquée largement sur un œil blessé est incapable de protéger le congénéré, quoi qu'on en ait dit. Deux autres faits tendent à démontrer que l'emploi du galvano-cautère peut réellement agir comme cause provocante d'une attaque sympathique.

Un malade opéré de cataracte par un compère se présenta à moi porteur d'une hernie de l'iris fortement enclavée que je cautérisai énergiquement avec toutes précautions antiseptiques. Six jours après, l'autre œil était atteint d'ophtalmie sympathique. Ces deux observations rapprochées l'une de l'autre me semblaient mettre en évidence le rôle nocif du galvano-cautère.

En 1893, à notre Société, le Dr Kalt a rapporté le cas d'une fillette qui, à la suite d'une cautérisation d'une hernie traumatique de l'iris, eut aussi une attaque d'ophtalmie sympathique. Ces faits prouvent quelle prudence on sait apporter dans le maniement du galvano-cautère quand il s'agit de cautériser des hernies de l'iris. Je lui préférerai toujours à cette opération la simple résection ou le désenclavement avec réouverture de la plaie, puisque le galvano-cautère est dangereux et incapable de prévenir la sympathie s'il ne la provoque pas. En tout cas, on n'oubliera pas les sages paroles prononcées ici même en 1889 par de Wecker: « Il me paraît, disait-il, que souvent des yeux blessés n'ont pas contracté l'ophtalmie migratrice par suite de leur blessure, mais à la suite des opérations qu'on y a pratiquées. »

Les ruptures de la choroïde.

M. Fage (d'Amiens). — J'ai cherché dans ce travail à étudier surtout le mécanisme des ruptures isolées de la choroïde en me basant sur quelques faits expérimentaux et sur l'étude d'observations cliniques, dont trois personnelles où l'on trouve dans la région du pôle postérieur, deux, trois et quatre ruptures dues à un choc sur le globe oculaire même. La première, produite par une boule de neige, comprend deux ruptures, date de dix ans et a réduit la vision à la numération des doigts à un mètre; les deux autres plus récentes, concernant une triple et une quadruple rupture, et malgré l'existence de scotomes et d'une métamorphopsie ont laissé subsister une acuité centrale de 1/6 et de 1/8. En principe il est difficile d'admettre un mécanisme identique pour des ruptures variables comme siège, comme direction et se produisant dans des conditions traumatiques différentes. Aux déchirures de la région antérieure convient la théorie par action directe (de Ammon), celles de la région équatoriale peuvent s'expliquer par la voussure qui résulte à ce niveau de l'aplatissement de l'œil contre le fond de l'orbite (de Arlt); quant aux plus fréquentes, celles situées au pôle postérieur, elles doivent être interprétées, à mon avis, non pas par la théorie du contre-coup (Knapp), mais par un mécanisme de distension que j'explique de la façon suivante: au moment d'une contusion, l'œil est comprimé contre une des parois orbitaires; il en résulte une distension des membranes oculaires entre ce point et le nerf optique qui les fixe, et consécutivement une rupture de la choroïde d'autant plus aisée que cette membrane est en cet endroit peu extensible par suite de ses adhérences avec la sclérotique.

Méningites à pneumocoques après l'énucléation et les opérations orbitaires.

M. F. de Lapersonne (de Lille). — Le rôle du pneumocoque dans certaines affections oculaires commence à être connu. On l'a trouvé dans la secrétion de conjonctivites aiguës, dans les mucosités de la dacryocystite; Uthoff et Axenfeld le considèrent comme l'agent principal de l'ulcère serpigineux de la cornée. Mais de l'œil l'infection peut se

propager aux méninges. M. de Lapersonne rapporte l'histoire d'un enfant atteint de blessure de l'œil chez lequel les accidents d'iridocystite purulente nécessitèrent l'énucléation immédiate. Bien que toutes les précautions antiseptiques aient été prises, sans infection apparente de la plaie opératoire, une méningite aiguë emporta l'enfant en dix jours. L'autopsie fit reconnaître un exsudat purulent très épais à la base du cerveau, contenant le pneumocoque. Les résultats de l'autopsie, aussi bien que l'expérimentation ont démontré que l'infection s'était propagée par les voies lymphatiques de la gaine du nerf optique. Le pneumocoque est donc pour nous un ennemi redoutable, contre lequel ne nous arment pas suffisamment les agents antiseptiques dont nous disposons. Le sublimé, en particulier, qui n'attaque pas la capsule du diplocoque de Talamon-Frænckel, ne peut avoir aucune action. D'une façon générale il faut s'adresser aux alcalins qui dissolvent l'enveloppe et empêchent le pneumocoque de cultiver. On pourrait avoir recours à une solution à 1/60 d'hypochlorite de chaux purifié dans de l'eau stérile. Cette solution est bien supportée dans la conjonctive.

Troisième contribution au traitement chirurgical de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclérotomie.

M. Dransart (de Somain). — Sous ce titre, l'auteur apporte au Congrès de la Société française d'ophtalmologie le résumé d'une expérimentation de 14 années avec des résultats qui ont subi avec succès l'épreuve du temps. Depuis 1883, Dransart a fait contre la myopie progressive à tous ses degrés élevés 164 iridectomies et 84 sclérotomies. Il a de plus, dans le même but, pratiqué cinq fois la capsule-ectomie ténonienne et trois fois il a fait l'extraction du cristallin avec iridectomie sur un œil, l'autre œil ayant subi simplement l'iridectomie. Ce traitement chirurgical a été suivi d'injection de pilocarpine et d'un traitement général tonique anti-arthritique, avec correction de la myopie progressive par des verres pour la vision de loin et des verres pour la vision de près. L'astigmatisme a toujours été totalement corrigé. Chez les jeunes sujets, l'auteur corrige complètement la myopie progressive après atropinisation. Chez ces derniers, les mêmes verres servent, autant que possible pour la vision de loin et pour la vision de près, conformément à la pratique adoptée par l'auteur depuis 10 ans pour le traitement de la myopie à ses premières périodes. Le but de cette correction est de s'opposer à la flexion de la tête sur le tronc, qui est, d'après l'auteur, l'un des facteurs les plus puissants de la progression myopique et contre lequel il faut prendre toutes les mesures possibles et dans la manière de travailler et dans la manière de se laisser. Chaque soir, l'instillation d'une goutte de pilocarpine au centième complète ce traitement.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

A. *Conclusions pratiques.* — 1° L'immunité du traitement est absolue si le chirurgien a le soin de prendre des précautions aseptiques élémentaires. 2° Son efficacité est également certaine quand le degré de vision après correction égale encore 1/4 au moment de l'opération. Dans ces cas, il arrête toujours la progression de la myopie à 1 ou 2 dioptries près, si le sujet se conforme au traitement consécutif et aux précautions hygiéniques. Il augmente généralement et parfois il arrive à doubler le degré de vision antérieur à l'opération de façon à permettre au sujet de reprendre ses occupations professionnelles, d'une façon durable. 3° Dans les cas où la vision est égale ou inférieure à 1/6 et même dans les cas de cécité, soit par décollement de rétine, soit par glaucome aigu myopique, ce traitement rend parfois une vision excellente égalant 1/3, généralement il améliore le degré de vision qui existe encore ou tout au moins il conserve le statu-quo et empêche la cécité complète dans la plupart des cas. 4° Il guérit 20 % des cas de décollement de rétine, et quand le décollement n'existe pas, il le prévient d'une façon absolue. L'iridectomie est donc par excellence le traitement préventif du décollement de la rétine ; elle doit être employée dans l'immense majorité des cas de myopie progressive en raison de son innocuité et de son efficacité. 5° L'iridectomie a une valeur supérieure à la sclérotomie. 6° Dans les cas de myopie progressive à la première période, la sclérotomie ou la capsule ectomie ténonienne, ou l'élongation du nasal externe de Ferrand peuvent précéder ou remplacer l'iridectomie. 7° Dans les cas de myopie extrême, de 16 à 30 dioptries, l'iridectomie peut être complétée au moins sur un œil par l'extraction du cristallin conformément à la méthode de Fukhala et Vacher. 8° D'après l'auteur, tous ces traitements, y compris l'extraction du cristallin, ont une action anti-glaucomateuse, ils favorisent la circulation et la filtration des liquides intra-oculaires.

B. *Conclusions pathogéniques.* — Cette efficacité du traitement anti-glaucomateux contre la myopie progressive est une preuve de l'analogie qui existe entre le glaucome et le processus myopique, analogie entrevue par Cusco et Laqueur et que l'auteur a mise en relief dans un travail qu'il a présenté à Rouen en 1883 à l'Association française pour l'avancement des sciences et dans un autre travail présenté à l'Académie des sciences le 18 mai 1885 sur la théorie circulatoire de la myopie ou théorie glaucomateuse.

C. *Conclusion finale.* — Les résultats nombreux et durables obtenus depuis 14 ans permettent à l'auteur d'affirmer que l'ophtalmologie possède actuellement les moyens d'enrayer tous les cas de cécité par myopie progressive dont le nombre équivaut au vingtième des aveugles.

Stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis congénitale.

M. A. Antonelli. — D'après un grand nombre d'observations recueillies à Naples et à Paris, pendant ces cinq dernières années, nous sommes convaincus que les stigmates du fond de l'œil sont peut-être les plus fréquents, parmi ceux de la syphilis congénitale. Mais, il s'agit de reconnaître même les *stigmates rudimentaires,* dont voici en quelques mots l'énumération : Quant à la papille, teinte pâle ou grisâtre, blanc sale, en totalité ou en secteurs ; bord légèrement flou ou déchiqueté, souvent entouré d'un *cadre pigmentaire,* total ou partiel. — Quant aux vaisseaux, diminution du calibre des artères, augmentation relative du calibre des veines, irrégularités de ce calibre, effacement des bords, quelquefois de toute la largeur du vaisseau, surtout au moment où il traverse le bord de la papille, ou à peu près de distance de ce bord. — Quant à la région péripapillaire, quelquefois légère suffusion rétinienne, en différents endroits, compris entre deux vaisseaux ; plus souvent *teinte ardoisée,* dégradant vers la région équatoriale du fond de l'œil. — Quant à cette dernière région, souvent *pigmentation grenue,* c'est-à-dire en pointillé très fin, qui peut présenter toutes les différentes formes de passage vers la rétinite pigmentaire ou la chlorio-rétinite disséminée rudimentaire. — Des altérations analogues, de pigmentation ou de dépigmentation, diffuses ou tachetées, se montrent dans la région périphérique du fond de l'œil. Plusieurs de ces altérations rudimentaires — telles le cadre pigmentaire de la papille, la teinte ardoisée, la pigmentation grenue — sont à tort décrites et figurées, dans les Manuels et Atlas d'ophtalmoscopie, comme des variétés du fond de l'œil normal. De même, les altérations fonctionnelles, encore incomplètement étudiées, de ces cas, sont presque toujours considérées comme des amblyopies congénitales pures et simples.

Dans plusieurs de ces cas, un espèce d'arrêt de développement, ou de malformation de l'œil, cause une hypermétropie plus ou moins forte, associée à un certain degré d'astigmie ; mais, malgré la correction parfaite de l'amétropie, l'acuité reste souvent au-dessous de la normale (0.5 en moyenne). Il serait donc justifié de parler d'une *amétropie* et surtout d'un *strabisme, d'origine syphilitique ;* car très souvent le degré différent des stigmates, dans les deux yeux, est cause d'anisométropie et de différence considérable d'acuité visuelle, ce qui rend presque fatal le trouble de la vision binoculaire, et ensuite la déviation de l'œil le plus imparfait. En outre, plusieurs cas de myopie monoculaire, jusqu'à présent mal interprétés, sont d'origine *hérédo-spécifique,* c'est-à-dire que les stigmates chorio-rétiniens sont plus avancés dans un œil que dans son congénère, de sorte que la distension de la coque oculaire, l'allongement axile de l'œil, se fait d'un côté plus rapidement et plus considérablement que de l'autre. La constatation des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires, très souvent confirmés par d'autres stigmates personnels ou par des données anamnéstiques bien positives, est en tout cas

précieuse pour dépister la syphilis congénitale et en établir le diagnostic sûr et précoce. Cela peut éclaicir la question étiologique de la kératite parenchymateuse, dans un cas donné, ou bien la valeur d'autres stigmates plus ou moins douteux, comme, par exemple, les malformations dentaires. Mais, surtout, le diagnostic de la syphilis congénitale du fond de l'œil, reconnue malgré des altérations rudimentaires, est précieux pour le traitement, qui est *toujours* utile, soit pour améliorer les stigmates déjà existants, soit pour prévenir d'autres manifestations, plus ou moins tardives et plus ou moins graves.

Séance du jeudi 6 mai 1897.

Sarcomes de l'orbite.

M. Teillais (de Nantes). — Il s'agit de trois cas de sarcomes fusi-cellulaires de l'orbite. Les tumeurs de l'orbite sont assurément assez communes et d'espèces variées ; les sarcomes en particulier s'y montrent de temps en temps, aussi l'intérêt de ces observations ne tient-il pas à leur nombre. Les faits que je vais relater se recommandent principalement au point de vue clinique, car ils démontrent une fois de plus que des néoplasmes constitués par des éléments semblables et d'une structure à peu près identique peuvent affecter une marche et une évolution essentiellement différentes. La texture de ces trois tumeurs était composée en totalité et exclusivement de cellules en forme de fuseau, sans mélange d'autres cellules dont il est quelquefois si difficile d'établir la prédominance ou la proportion comme dans certains sarcomes à forme mixte ou intermédiaire.

La première observation concerne un jeune homme de dix-huit ans qui était atteint d'exophtalmie de l'œil droit depuis un mois lorsqu'il se présenta à la clinique. Il présentait les symptômes suivants : protusion de l'œil, masses dures et inégales senties sous la paupière, absence de douleur à la palpation. Le diagnostic de tumeur de l'orbite s'impose. Il n'a reçu aucune contusion. Plusieurs de ses proches sont morts de cancers. La tumeur est extraite. Trois jours après l'opération la récidive se montre ; au bout de douze jours, la tumeur est devenue plus volumineuse que la première. L'examen microscopique a démontré que sa structure était celle des sarcomes fusi-cellulaires se rapprochant beaucoup du type embryonnaire. Deux mois après la tumeur avait atteint le volume d'une tête d'enfant. Le malade meurt en pleine cachexie à la suite de fréquentes hémorragies. L'affection a duré trois mois et demi environ.

Le deuxième cas offre un contraste frappant avec le précédent par la progression lente des phénomènes, leur bénignité persistante et l'heureuse issue de la maladie. C'est celui d'une femme de quarante ans qui se présente avec une exophtalmie de l'œil droit qui reste stationnaire pendant trois ans. La coïncidence d'une tuméfaction du corps thyroïde fait croire pendant longtemps à la maladie de Basedow. Tout à coup l'exophtalmie prend une extension considérable et la tumeur apparaît. Ablation, pas de récidive depuis sept ans, donc guérison définitive. Structure : cellules type du sarcome fusi-cellulaire.

La troisième observation est celle d'une petite fille de six ans qui porte à l'angle externe de l'orbite droite une tumeur grosse comme une noisette. Quatre mois après l'extraction, récidive. L'enfant meurt d'accidents cérébraux.

La tumeur plus molle que dans les deux premiers cas était composée de cellules uniformes de petite dimension reliées par une substance hyaline assez abondante.

En résumé : Les trois sarcomes que nous venons d'étudier sont nés dans le tissu cellulaire de l'orbite et s'y sont développés sans altérer ni le nerf optique et ses gaines, ni le globe oculaire. L'œil a toujours conservé l'intégrité de sa vision. L'énucléation n'a été deux fois pratiquée que pour permettre l'enlèvement de masses sarcomateuses qui occupaient le fond de l'orbite. Dans aucun cas les ganglions lymphatiques n'ont été envahis. L'absence de douleur a été la règle. Marche et récidive rapides chez un jeune homme de dix-huit ans. La tumeur avait atteint le volume d'une tête d'enfant. Mort à la suite d'hémorragies. Chez un enfant de six ans la mort est survenue quatre mois après l'opération à la suite d'accidents cérébraux. Guérison définitive chez une femme de cinquante ans. On n'a pu invoquer chez aucun malade la contusion, ni un traumatisme comme étiologie.

Dans le premier exemple, hérédité cancéreuse.

(A suivre). Koenig.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE

Séance du 5 mai 1897.

Sur trois cas de complications intra-craniennes d'origine otique.

M. Moure insiste sur l'intérêt des complications d'origine otitique, la difficulté de les reconnnaître cliniquement et la nécessité d'intervenir lorsqu'on suppose leur existence. Il faut agir par l'oreille dont les lésions conduisent souvent l'opérateur vers les parties du crâne atteintes par suite de l'affection otique.

Deux cas de paralysie de la corde vocale gauche d'origine alcoolique.

M. Dundas-Grant cite deux faits dans lesquels les malades présentaient une paralysie de la corde vocale gauche (en position cadavérique) due à un abus d'alcool et de bière. La guérison survint à quatre semaines.

Affections du nez, du larynx et des oreilles dans leurs rapports avec la médecine légale.

Rapport dans lequel M. Castex expose l'état actuel d'une partie de nos connaissances sur ce sujet. A signaler quelques omissions, entre autres, la présence et la recherche des balles dans l'oreille.

Contribution à l'étude des affections auriculaires dans la goutte.

M. Gellé fils admet que les goutteux offrent une fâcheuse prédisposition aux affections otitiques. L'otite goutteuse présente surtout une forme d'inflammation rappelant l'inflammation de l'attique.

Note sur les diverses lésions de l'oreille, du nez et du pharynx chez les sourds-muets.

D'après M. Hamon du Fougeray, il faut supprimer tout ce qui met obstacle à la respiration nasale chez le sourd-muet, traiter tout ce qui peut nuire à l'articulation des mots et chercher à améliorer l'audition toutes les fois que cela est possible. Les résultats obtenus par l'auteur en six mois sont : 1° pour la respiration, 6 enfants traités, 6 guérisons ; 2° pour l'articulation, 6 enfants traités, parole nette, 2 fois ; parole améliorée, 4 fois ; 3° pour l'audition, sur 14 enfants traités, 13 améliorations.

Contribution à l'étude du traitement de l'ozène.

Il s'agit d'un malade dont les croûtes ont présenté un streptocoque à gros grains et à longues croûtes, un diplocoque encapsulé ou non et un bacille ressemblant au bacille de Lœffler. M. Mouret recommande le bicarbonate de soude en irrigation et en boisson, car les alcalins en général sont des excitants de la fonction glandulaire.

Un cas de tumeurs papillaires du cornet inférieur et de la cloison.

M. Noquet présente des tumeurs papillaires qui s'implantaient par une base large sur le cornet inférieur et la cloison chez un homme de 40 ans. Ces tumeurs rouges et molles ont été enlevées à l'anse froide; leur point d'implantation a été cautérisé au galvano-cautère.

Analyse chimique du cérumen.

Les recherches de MM. Lannois et Martz se résument ainsi : Les matières grasses solubles dans l'alcool et dans l'éther constituent plus d'un tiers du cérumen sec. Les acides gras libres sont en proportion de 2.79 0/0, les graisses 8.16 0/0, la cholestérine 7.06 0/0 et les savons solubles dans l'alcool 16 0/0.

Troubles causés par les végétations adénoïdes chez les adolescents et les adultes.

D'après M. Bonain, chez l'adolescent et l'adulte surtout, la présence des végétations adénoïdes ne se trahit guère par la gêne de la respiration nasale; le développement du pharynx nasal assurant d'habitude un passage très suffisant à l'air. Les troubles directs ou indirects qu'elles peuvent occasionner, sont néanmoins très variés. M. Bonain en relate quatre observations caractéristiques dans lesquelles l'intervention opératoire fut suivie de succès. Il s'agit : 1° d'un cas d'otite moyenne suppurée chronique avec ozène nasal et céphalée très pénible; 2° d'une surdité par obstruction des trompes et otite sèche; 3° de troubles respiratoires avec aménorrhée; 4° d'un cas de toux spasmodique datant d'un an et ayant résisté aux traitements médicamenteux les plus variés.

Séance du 6 mai.

Perception mono-auriculaire et bi-auriculaire de la direction des sons.

Pour M. Augieras, la notion de la direction des sons repose sur la mesure à l'aide du sens musculaire de l'angle d'orientation. Cet angle est mesuré par le mouvement de rotation que la tête accomplit pour amener dans la direction de l'objet sonore envisagé l'axe de la bonne oreille dans l'orientation mono-auriculaire, le plan médian antéro-postérieur de l'observateur dans l'orientation bi-auriculaire.

Inflammations aiguës de l'amygdale linguale.

M. Bar regarde l'amygdale linguale comme une anomalie pathologique des follicules linguaux de l'anneau lymphoïde de Waldeyer, elle naît d'inflammations répétées de ces follicules. Ces inflammations sont le plus souvent primitives infectieuses ou secondaires à des états infectieux tels que rougeole, fièvre typhoïde. Le traitement consiste en badigeonnages à la solution de nitrate d'argent à 1/15, de chlorure de zinc à 1/50, de pyoctanine à 1/10. Le salol est employé à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Après la période inflammatoire il faut détruire au galvanocautère la glande hypertrophiée.

Laryngoplégie unilatérale par lésion traumatique du spinal.

M. Molinié rapporte l'observation d'un homme de 30 ans qui dans une tentative de suicide, s'est porté un coup de couteau de la main gauche dans la région de la nuque. La lame a pénétré sous le bord inférieur de l'occipital, d'une profondeur de 5 centimètres. Paralysie de la corde vocale gauche, du constricteur du pharynx et hémiplégie du voile du palais.

Recherches bactériologiques sur l'ozène.

MM. Auché et Brindel ont fait des recherches sur 24 malades. Ils ont constaté la présence du diplo-bacille encapsulé de Löwenberg 20 fois, celle du bacille pseudo-diphtérique de Belfanti et della Vedova 18 fois, celle du petit bacille de Ves et Gradenigo 3 fois, celle des staphylocoques 12 fois, et celle des streptocoques 4 fois.

Angiome de la cloison des fosses nasales.

Opération d'un angiome de la cloison chez une femme âgée de 71 ans qui n'eut pas de récidive huit mois après. M. Egger donne à cette tumeur le nom de polype hémorragique.

Traitement de la tuberculose laryngée par la cataphorèse interstitielle cuprique.

Lecture d'un mémoire de M. Scheppegeel par M. Natier. Le bruit des conversations nous a empêché d'en entendre le contenu. N'en ayant pas eu un résumé, il nous est impossible d'en rendre compte.

Epistaxis dues aux odeurs.

M. Joal lit le résumé de son travail sur ce sujet. Ces hémorragies seraient dues à une turgescence exagérée du tissu érectile du nez qui aboutit à la déchirure des capillaires. L'action réflexe émanant du trijumeau est secondaire à un premier réflexe qui a pour point de départ l'excitation de la zone olfactive.

Questions mises à l'ordre du jour pour la réunion de 1898 :

1° *De la pathologie de l'amygdale linguale*; par M. Escat. — 2° *De l'unité acoustique*; par M. Gellé.

Nous sommes heureux de voir que M. Gellé ait bien voulu proposer cette question, dont nous demandions la mise à l'étude dans le numéro du 1er mai de la *Pratique médicale des Maladies de l'oreille*. J. Baratoux.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

M. le Dr RENDU,
Membre de l'Académie de Médecine.

L'Académie de Médecine, ayant à nommer un nouveau membre titulaire dans la section de pathologie médicale, par 56 suffrages sur 76, son choix s'est porté sur le Dr Rendu.

Il y a peu de médecins dont l'élection à l'Académie soit aussi unanimement approuvée par les étudiants et les élèves des hôpitaux. Certes, elle a rencontré une approbation non moins manifeste dans le reste du monde médical ; mais le succès qu'a eu cette nomination chez les jeunes est caractéristique.

Le médecin de Necker a su se rendre populaire ou, pour dire mieux et pour ménager sa modestie, il l'est devenu sans le chercher. C'est qu'on apprend près de lui une bonne et saine clinique ; on y entend un enseignement pratique, qui rappelle les vieux maîtres et qui devient plus rare de jour en jour. Ajoutons encore un fait, qni semblera négligeable, mais qui est peut-être le secret pour avoir toujours et en grand nombre des auditeurs, M. Rendu fait son service avec une régularité et une conscience qui n'ont jamais varié, malgré les occupations d'une clientèle toujours croissante. Il aime ses élèves, les interroge, les fait travailler. Tout ceci suffirait à expliquer la satisfaction que cause son élection, si les travaux du nouvel élu n'assuraient son mérite.

Né en 1844 à Paris, le Dr Rendu était reçu premier à l'externat en 1867. L'année suivante il arrivait à l'internat. Il remplit ses fonctions avec zèle et obtint à tous les concours annuels entre internes des récompenses. En 1873, il eut la médaille d'or. Entre autres maîtres, il eut le Pr Potain, auquel il a voué une estime et une affection qu'il ne cache pas à ceux qui l'approchent. La même année, il soutint brillamment sa thèse inaugurale *sur les paralysies liées à la méningite tuberculeuse*. Cela lui valut de la Faculté une médaille d'argent. Il fut nommé médecin du Bureau central en 1877. Il fit un court séjour dans différents hôpitaux jusqu'en 1885, où il prit un service à l'hôpital Necker. C'est là qu'il s'est montré quotidiennement parfait clinicien et praticien dans toute l'acception du mot.

Depuis 1887, M. Rendu fait chaque semaine des cliniques très instructives et très suivies. Son enseignement a le grand mérite d'être varié et de ne pas se spécialiser. Il suit pour cela le hasard des admissions hospitalières. Il a réuni la plupart de ces cliniques en deux volumes de *Leçons de clinique médicale*. Il a également professé à la Faculté, dont il est agrégé depuis 1878. Sa thèse d'agrégation est intitulée : *Etude comparative des néphrites chroniques*. C'est en cette qualité qu'il y a fait, en 1885, un cours sur les *maladies de l'appareil digestif*. Le nombre de ses travaux est considérable ; voici les principaux :

Maladies de l'appareil circulatoire. — Article « Cœur » (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*). — Etude d'un cas de rétrécissement non congénital de l'artère pulmonaire avec endartérite végétante (*Société médicale des hôpitaux*, 1883). — Remarques sur la pathogénie et les symptômes de l'anévrisme partiel du cœur (*Ibid.*, 1887). — Valeur de l'absence de pouls radial comme signe diagnostic des anévrismes latents de la crosse de l'aorte (*Ibid.*, 1885).

Dans la série des maladies du foie, notons : Article « Foie » (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 1887).

Communications à la Société anatomique de : Tumeurs érectiles du foie (1870); de Gommes syphilitiques du foie; de Syphilis hépatique et rénale (1871); de Tuberculose généralisée coïncidant avec une cirrhose (1870); de Cancer du foie avec pénétration de toutes les branches de la veine porte par la matière cancéreuse (1873); de l'Influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement (Mémoire couronné par l'Académie de Médecine, 1882).

Dans les maladies du système nerveux: des Troubles fonctionnels du grand sympathique observés dans les plaies de la moelle cervicale (*Arch. de Méd.*, 1869); recherches sur les Troubles de sensibilité dans les maladies de la peau (*Annales de Dermatologie*, 1874); Des localisations cérébrales corticales (*Revue des Sciences médicales*, 1876); des Localisations cérébrales centrales (*id.*); article « Goitre exophtalmique » (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*); des Anesthésies spontanées (*Thèse d'agrégation*, 1875); note sur deux cas de Paralysie radiculaire du plexus trachial d'origine réflexe (*Revue de Médecine*, 1886); contribution à l'histoire des Monoplégies partielles du membre supérieur d'origine hystéro-traumatique (*Archives de Neurologie*, 1887); note sur le Tremblement hystérique et ses formes cliniques (*Société médicale des Hôpitaux*, 1889); Rapports du tabes et de la paralysie générale (*id.*, 1892).

Concernant les maladies générales, il faut signaler parmi tant d'autres travaux à ce sujet une étude sur le rhumatisme spinal (*Société médicale des Hôpitaux*, 1880); l'article « goutte » (*Dictionnaire Dechambre*, 1883). Sur les maladies des reins, des poumons, ses communications à la Société anatomique abondent. Plusieurs mémoires de chirurgie ont été publiés par M. Rendu : les maladies du rachis, des fosses nasales, de la cornée, de la conjonctive dans le *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay sont de lui.

En 1871 il a fait paraître une revue critique sur l'infection purulente (*Archives de Médecine*) dans laquelle il indiquait, par avance des théories aujourd'hui courantes.

Parmi les nombreux titres de M. Rendu, il ne faut pas oublier que dès 1863, il était reçu licencié ès sciences naturelles et que, en 1866, il soutenait une thèse pour le doctorat ès sciences intitulée *Recherches sur les terrains tertiaires des environs de Rennes*.

Médecin des hôpitaux, éminemment consciencieux, clinicien émérite, travailleur infatigable, le rapide aperçu de ses travaux en fait foi; l'Académie ne pouvait mieux choisir, et ses amis s'en réjouissent et l'en félicitent.

Parmi ces derniers, quelques-uns ont trouvé qu'on avait mis longtemps à lui donner le ruban rouge traditionnel. Il est maintenant Chevalier de la Légion d'honneur, et d'ailleurs pourquoi des regrets?... Quels que soient les honneurs qu'il obtienne désormais ou qu'il n'obtienne pas, il restera après, comme avant, un praticien distingué et un chef estimé de tous.

Paul Boncour.

Universités étrangères. — *Femmes médecins.* — L'Université de Budapest, suivant l'exemple de celle de Vienne, a promu, la semaine dernière, pour la première fois, une femme au grade de docteur en médecine, Mme Wilhelmine Wartha, née comtesse Hugonay, dont le mari est professeur à la Faculté de Médecine de Budapest.

Dons. — Un richissime baronet, bien connu pour sa générosité, sir William John Clarke, est mort subitement à Melbourne. Il était âgé de 66 ans. Il avait donné 175.000 fr. au collège de la Trinité, de l'Université de cette ville.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêté du Ministre de l'Intérieur, le professeur titulaire de la clinique des maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne remplira les fonctions médicales et administratives de médecin en chef. Il sera tenu à l'accomplissement des obligations imposées par la loi de 1838 et par l'ordonnance du 18 décembre 1839. Une indemnité égale à celle allouée au médecin du quartier des aliénés de la Salpêtrière sera accordée au professeur de la clinique comme médecin en chef d'un service public d'aliénés. En cas d'absence ou d'empêchement du professeur, le chef de clinique remplira les obligations imposées au médecin en chef du service; il recevra une indemnité annuelle de 1.200 fr. Dans le cas d'absence simultanée du professeur et du chef de clinique, le chef de clinique adjoint remplira par intérim les fonctions dévolues au médecin en chef.

CORRESPONDANCE

La reproduction des pièces anatomiques par la photogravure en couleurs.

(*A propos de l'Affaire du Petit Pierre.*)

Paris, le 28 janvier 1897.

Mon cher Confrère,

...Vous avez dû, comme tout le monde, être péniblement surpris des lenteurs apportées par la justice dans l'affaire du petit martyr de la rue Vanneau, qu'on a mis seulement en terre *trente-six jours* passés après sa mort. Ces délais, a-t-on dit, étaient dus à la nécessité de *faire une aquarelle,* destinée à être mise sous les yeux des jurés.

Ne doit-on pas se demander jusqu'à quel point cette aquarelle peut être considérée comme exacte et quelle lumière elle peut bien apporter dans une cause de ce genre? En admettant même que les juges en aient besoin pour faire leur devoir, était-il besoin de confier cette besogne à un aquarelliste et sommes-nous donc si dépourvus de moyens à la fin de ce siècle de lumière qu'on ne puisse trouver un procédé plus expéditif? Non seulement ce procédé existe, mais il n'est plus aujourd'hui un photograveur parisien qui ne soit en mesure de l'appliquer, et il est inadmissible que les autorités n'aient pas songé dans un cas semblable à s'en servir. C'est le procédé de photographie dit des « *Trois Couleurs* », inventé par Cros en 1867 et décrit dans tous les ouvrages techniques. Il donne des résultats remarquables; comparables aux plus belles aquarelles ; il fournit des *reproductions rigoureusement exactes,* — il est peu coûteux, — il est à l'heure actuelle universellement employé ; on en peut voir de magnifiques spécimens dans nombre de publications et de revues périodiques.

Ne sont-ce pas là des raisons suffisantes pour qu'on puisse s'étonner à bon droit que la justice, si éclairée aujourd'hui, n'ait pas cru devoir s'adresser tout simplement à un spécialiste, qui eût produit en quelques instants un *tableau en couleurs, infiniment plus précieux au point de vue documentaire* qu'une œuvre, évidemment intéressante, mais dans l'exécution de laquelle l'interprétation de l'artiste entre pour une large part (1).

Veuillez agréer, etc... Ch. Mendel.

Nous rappellerons que nous avons employé le procédé recommandé par M. Mendel, dès 1892, dans les *Archives provinciales de Chirurgie,* revue technique que nous avons l'honneur de diriger. — M. Mendel a parfaitement raison et nous ne pouvons qu'appuyer ses remarques. M. B.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie clinique et opératoire (tome IV); par A. Le Dentu et P. Delbet. — Paris, Librairie J.-B. Baillière et fils, 1897.

Le *Traité de Chirurgie clinique et opératoire,* publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, continue sa marche régulière. Le quatrième volume, qui vient de paraître, s'avance de pair avec ceux qui l'ont précédé; il serait difficile de trouver une série d'articles plus compètement étudiés. Les *maladies chirurgicales des nerfs* (lésions traumatiques, névrites, tumeurs), *et des veines* (lésions traumatiques, varices et phlébite) sont traitées par le professeur agrégé Schwartz, chirurgien de Cochin. M. P. Delbet s'est chargé des maladies chirurgicales des artères (lésions traumatiques, maladies inflammatoires et anévrismes) : le chapitre des anévrismes, qui comprend près de 200 pages, est tout particulièrement intéressant. Les affections du système lymphatique ont été étudiées par M. Brodier, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine. Enfin, M. Chipault, assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière, s'est chargé des maladies du crâne et l'encéphale, du rachis et de la moelle; on connaît la compétence toute spéciale de l'auteur sur ces sujets si neufs, et les 500 pages de ces deux monographies constituent un véritable traité de chirurgie nerveuse; ces lésions ont été, depuis quelques années, l'objet de nombreuses études qui ont remanié non seulement la thérapeutique, mais encore la symptomatologie. Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de Chirurgie clinique et opératoire.* Le souci des indications, qui est une des caractéristiques de ce traité, se retrouve à un haut degré dans un quatrième volume. Les auteurs ont su échapper à cette tendance si fré-

(1) Voir plus loin, p. 348.

quente qui consiste à supposer connus et à passer sous silence les détails techniques, relatifs aux appareils en particulier. En un mot, l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait le succès de cette œuvre, malgré le triomphe de la concurrence, dont la presse n'entend plus parler, sans doute parce qu'on n'a plus besoin d'elle !... Marcel BAUDOUIN.

Traité pratique des maladies vénériennes; par H. BERDAL. — Maloine, 1897.

M. Berdal entreprend la description en deux volumes des maladies vénériennes et il a consacré le premier à la blennorrhagie et au chancre. Blennorrhagie aiguë et chronique chez l'homme, puis chez la femme, avec ses complications et ses localisations; ulcérations vénériennes non syphilitiques des organes génitaux se partagent les quatre premières parties du traité. Pourquoi l'auteur ne s'en est-il pas tenu là et pourquoi, obéissant à une idée plus nouvelle qu'heureuse, a-t-il consacré une cinquième partie à l'histoire d'affections, qui n'ont rien à voir avec les maladies vénériennes? Dans une préface où il s'extasie sur ce néologisme d'*affections paravénériennes*, M. Tenneson nous révèle comment la gale et la phtiriase pubienne se rattachent à la blennorrhagie « par les liens les plus étroits » et comment il est impossible de connaître le chancre simple sans une étude approfondie des herpès génitaux. On apprend évidemment tous les jours. Autrefois, c'était dans les traités de dermatologie que l'on cherchait la description de la gale; ce sera désormais dans les livres de vénéréologie qu'on la trouvera et je signalerai dès à présent aux successeurs de M. Berdal un chapitre éminemment paravénérien, celui de la mort subite, dont la description se relie à celle de la blennorrhagie par des liens plus étroits encore. La transition est, on en conviendra, toute naturelle, et de fil en aiguille on pourra, de la sorte, en partant de la chaudepisse, passer en revue toute la pathologie interne. Ceci dit, je me hâte de reconnaître qu'il y a de très bonnes choses dans le livre de M. Berdal. Les travaux de l'auteur sur le balano-posthite érosive circinée, les recherches de Ducrey sur le bacille du chancre mou, les travaux récents sur les différentes affections vénériennes se trouvent à leur place. Peut-être les anciens sont-ils un peu négligés et il y a des noms de promoteurs que l'on voudrait trouver, ceux de E. Vidal par exemple pour le baume de gurjum, de Lavaux pour les lavages de l'urètre, de Grünfeld pour l'endoscopie urétrale, etc. Il y a bien aussi des questions écourtées, qui auraient bénéficié des cent pages réservées aux paravénériens; mais enfin, dans son ensemble, ce livre sera consulté avec fruit par les étudiants et les praticiens.

Paul RAYMOND.

Les chancres extra-génitaux; par A. FOURNIER. — Rueff. 1897.

Après la monographie de M. D. Bulkley sur la syphilis des innocents, voici celle de M. Fournier sur les chancres syphilitiques extra-génitaux, qu'on lira avec intérêt bien plus, peut-être, en raison du nombre considérable d'observations sur lesquelles elle s'appuie que par suite des aperçus vraiment nouveaux qu'elle renferme. Une statistique de 1.124 cas appartenant à l'auteur doit apporter, semble-t-il, des renseignements inédits, si l'on songe surtout que la syphilis extra-génitale est, somme toute, assez rare, puisque de cette statistique même il ressort que, sur 100 chancres, il n'y en a guère plus de 7 qui soient extra-génitaux. Et pourtant tous ces cas paraissent copiés sur un prototype et il était connu. Comme il n'est pas un point du corps qui ne puisse présenter une porte d'entrée ouverte au virus syphilitique, on devine la division de M. Fournier. Chancres céphaliques d'abord; de la bouche, labiaux, amygdaliens, linguaux, etc., des narines, de l'œil, de l'oreille; chancres du cou, du tronc et des membres ensuite, comprenant les chancres du sein, de la main, de la région anale; le chancre vaccinal; tels sont les différents chapitres que passe en revue M. Fournier.

Il y a quelques années fut discutée la question de savoir si les chancres extra-génitaux n'étaient pas plus graves que les chancres génitaux, l'opinion courante voulant, à tort ou à raison, que le pronostic des premiers fût plus sombre que celui des autres. L'accord fut à peu près unanime pour reconnaître que ce n'est pas à son extra-génitalité que la syphilis emprunte un caractère de gravité mais à ce fait qu'elle est plus difficilement dépistée en l'espèce, qu'elle est moins bien soignée et qu'elle s'aggrave par suite d'autant. C'est cette opinion que défend dans un dernier chapitre M. Fournier. Le pronostic de la syphilis extra-génitale ne diffère pas de celui de la syphilis en général. Tout n'est cependant pas semblable entre les syphilis extra-génitales et les syphilis d'origine génitale et certaines des premières se présentent parfois avec des caractères de gravité réelle. M. Fournier en discute les raisons et il conclut que ce sont des gravités d'emprunt liées à des infections secondaires, aux conditions intrinsèques du sujet, etc. Mais si l'on fait le départ de ce qui revient à la graine et de ce qui revient au terrain, on arrive à cette conclusion que la syphilis extra-génitale ne porte pas en elle un présage de plus grande gravité. Paul RAYMOND.

VARIA

Monument à ériger dans la ville de Saint-Brieuc à Jules Rochard.

La ville de Saint-Brieuc se propose d'honorer la mémoire de l'un de ses enfants, M. le Dr Jules Rochard, ancien inspecteur général du service de santé de la marine, ancien président de l'Académie de Médecine, grand officier de la Légion d'honneur, en érigeant, sur l'une de ses places publiques, un buste pour perpétuer le souvenir du savant qui illustra le corps de santé maritime, de l'hygiéniste éminent qui, par sa parole et par ses écrits, exerça une si puissante action sur les progrès de la santé publique et de l'homme de bien qui, durant toute sa carrière, mit, avec un désintéressement absolu, sa science, et ses talents au service des humbles et des infortunés. Les amis de Jules Rochard, ses anciens confrères et collègues du corps médical de la Marine, de l'Académie, des Sociétés savantes, ainsi que les institutions de bienfaisance publiques ou privées auxquelles il collabora, ont manifesté le désir de s'associer à cette pensée. Un comité s'est, en conséquence, formé, en vue de grouper toutes les bonnes volontés et de recueillir les fonds destinés à aider la ville de Saint-Brieuc à rendre hommage à l'un de ses enfants. — Ce Comité est composé de : M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine; M. le vice-amiral Lafont; M. Siegfried, ancien Ministre du Commerce et de l'Industrie, député; M. Delarbre, ancien conseiller d'Etat, ancien directeur au Ministère de la Marine; M. le Dr Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine; M. le Dr Vallin, médecin inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de Médecine; M. le Dr Lucas, directeur du service de santé de la marine, en retraite; M. le Dr Napias, inspecteur général des établissements de bienfaisance, membre de l'Académie de Médecine; M. le baron Nielly, chef de division à l'administration générale de l'Assistance publique, secrétaire.

Nota. — Prière d'adresser les souscriptions à M. le baron Nielly, 34, rue Mazarine, Paris.

L'Aquarelle comme preuve anatomique en médecine légale (*Affaire du Petit Pierre* (1).

Au cours d'un procès sensationnel, qui s'est déroulé cette semaine à la Cour d'Assises de Paris, Me Lagasse a pris des conclusions aux termes desquelles il a demandé que des *Aquarelles*, faites après le décès du petit Pierre, et représentant les blessures dont son corps était couvert, ne soient pas versées aux débats. Il estimait qu'elles n'avaient pas un caractère d'authenticité judiciaire suffisant pour pouvoir être produites. Elles n'éclairaient en rien le débat, pour lequel suffisent les photographies et les déclarations des médecins experts. Elles sont l'œuvre d'un artiste expérimenté, qui a essayé de traduire son impression personnelle d'horreur, qui a fait, en quelque sorte, saigner les blessures. Elles n'ont eu pour but que de faire naître la même impression dans l'esprit des jurés. On ne peut recourir à de tels moyens pour appuyer une accusation. M. Félix Decori s'est associé à ces conclusions et s'est élevé contre une pareille mesure d'instruction, qui laisse la défense désarmée, qui ne respecte pas des droits que la loi a voulu protéger, et dont la nouveauté égale le caractère dangereux.

Malgré ce chaud plaidoyer, la Cour ne s'est pas rendue. Elle a déclaré excellentes pour la cause les aquarelles en question : ce qui ne nous étonne pas, étant donné la personnalité de l'artiste qui les a exécutées. Mais il nous semble, en effet, que de tels procédés n'ont rien de scientifique. Dans cette voie, il ne

(1) Voir, précédemment, page 347.

faudrait admettre que des *photographies colorées*, si l'on savait les faire d'une manière suffisamment exacte. — En médecine légale, toute imagination doit être écartée; sinon on arrivera aux pires abus.

Pharmaciens.

Circulaire relative au diplôme supérieur de Pharmacien de 1re classe.

Monsieur le Recteur,

Aux termes de l'article 5 du décret du 12 juillet 1878, un diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe peut être délivré, à la suite de la soutenance d'une thèse, aux pharmaciens de 1re classe *licenciés ès sciences physiques* ou *ès sciences naturelles*. Il a paru nécessaire de déterminer dans quel sens ces dispositions devaient être appliquées avec le nouveau régime établi par le décret du 22 janvier 1896. Le comité consultatif de l'enseignement public (commission de la médecine et de la pharmacie), saisi de la question, a été d'avis que les candidats au diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe devraient justifier d'un diplôme de licencié ès sciences comportant trois certificats d'études supérieures de l'ordre des sciences physiques ou des sciences naturelles. J'ai l'honneur de vous informer que j'ai adopté cet avis, et je vous prie de vouloir bien porter ma décision à la connaissance de MM. les doyens et directeurs des Facultés et Ecoles situées dans votre ressort académique. Recevez, monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, RAMBAUD.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE 1896, PAR MM. LES Drs PASSANT ET HAUTECŒUR.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	8	33	4	45
2e	18	26	7	51
3e	42	51	15	108
4e	44	87	33	164
5e	19	63	22	104
6e	14	30	1	55
7e	17	25	18	60
8e	7	8	5	20
9e	6	24	0	30
10e	35	51	18	104
11e	130	251	100	481
12e	29	59	30	118
13e	91	131	64	286
14e	57	65	42	164
15e	80	139	41	260
16e	8	29	4	41
17e	71	94	38	203
18e	118	193	87	398
19e	85	138	72	295
20e	161	360	189	710
	1040	1857	790	3697

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies	Nombre
A	
Angines et laryng.	237
Croup	23
Coqueluche	21
Maladies des yeux et oreilles	»
Corps étrangers de l'œsophage	»
B	
Asthme	83
Affections du cœur	165
Bronchites aiguës et chroniques	519
Pleuro-pneumonie	192
Congestion pulmonaire	247
Grippe. Influenza	»
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	302
Cholérine et dysent.	67
Dysenterie	54
Athrepsie	43
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	133
Hernie étranglée	35
Rétention d'urine	47
Orchite	»
Affections des organes génitaux externes	»
D	
Métrite. Métro-péritonite	79
Métrorrhagie	84
Fausse couche	97
Accouc. Délivrance	218
Accouc. non terminé	»
E	
Affect. cérébrales	132
Eclampsie. Convuls.	56
Tétanos	»
Névralgies	74
Névroses	86
Epilepsie	29
Aliénation mentale	5
Alcoolisme. Delirium tremens	27
Chorée	»
Tétanos	»
Gale	»
F	
Rhumatisme	57
Affections éruptives	176
Erysipèle	»
Fièvres	69
Fièvre typhoïde	11
Hémorrhagies de causes internes et externes	92
G	
Plaies. Contusions. Abcès	97
Fractures. Luxations. Entorses	35
Brûlures	6
Empoisonnements	15
Asphyxie par le charbon	7
— submersion	»
Suicide	4
H	
Morts à l'arrivée du médecin	73
Total	3697

La moyenne des visites par nuit est de 40,18.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 41,74.
Les hommes entrent dans la proportion de 28,13 0/0.
Les femmes — — de 50,23 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 21,64 0/0.

Visites du 4e trimestre de	1895	3,840
— 4e —	1896	3,697
Différence en moins.		143

Instruction pour l'admission aux emplois d'élève en pharmacie du service de santé militaire en 1897.

Paris, le 30 avril 1897.

Conformément à l'article 1er du décret du 14 novembre 1891, un concours s'ouvrira le 3 novembre 1897, à huit heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à cinq emplois d'élève en pharmacie du service de santé militaire. Sont admis à concourir : Les étudiants ayant accompli leur année de service militaire et étant, au moment du concours, en possession d'un stage officinal régulier de deux ans au minimum ou de quatre ou huit inscriptions de scolarité valables pour le grade de pharmacien de 1re classe, et ayant satisfait aux examens de fin d'année. Les autres conditions sont les suivantes : 1° Etre né ou naturalisé Français; 2° avoir au 1er janvier 1897 : moins de vingt-trois ans pour les élèves ayant deux années de stage ; moins de vingt-quatre ans pour les élèves ayant quatre inscriptions ; moins de vingt-cinq ans pour les élèves ayant huit inscriptions ; 3° avoir fait constater qu'ils sont toujours aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins (1).

Formalités préliminaires.

Les demandes d'admission au concours doivent parvenir, avec les pièces à l'appui, au Ministère de la guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux), avant le 1er octobre prochain. Les pièces à produire sont : 1° Acte de naissance revêtu des formalités prescrites par la loi ; 2° certificat d'aptitude au service militaire ; 3° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement constatant que le candidat a accompli son année de service militaire; 4° certificat du directeur de l'Ecole de pharmacie établi l'année du concours et constatant les inscriptions de stage officinal ou de scolarité valables pour le diplôme de pharmacien de 1re classe et mentionnant, s'il y a lieu, les notes obtenues aux examens ; 5° l'adresse du candidat et l'indication de la ville où il désire poursuivre ses études. Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit. Suivant une circulaire du 22 mars de M. le Ministre de l'Instruction publique, les élèves admis avec deux années de stage officinal sont dispensés de la troisième année, l'année de stage à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires devant en tenir lieu. De plus, les épreuves du concours dispensent les élèves admis de l'examen de validation de stage.

Forme et nature des épreuves.

Candidats sans inscriptions ayant accompli deux années de stage. — 1° Composition écrite sur une question de physique et de chimie élémentaires (nouveau programme de l'enseignement secondaire classique); 2° préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et interrogations sur ces préparations ; 3° détermination de quinze plantes ou parties de plantes appartenant à la matière médicale et de dix médicaments chimiques ou galéniques; interrogations sur ces substances.

Candidats à quatre inscriptions ayant subi avec succès l'examen de fin d'année. — 1° Composition écrite sur une question de physique ou de chimie minérale ; 2° interrogations sur la physique, la minéralogie, la chimie minérale et les éléments de chimie organique ; 3° interrogations sur les éléments d'histoire naturelle ; géologie, zoologie et botanique (organographie).

Candidats à huit inscriptions ayant subi avec succès l'examen de fin d'année. — 1° Composition écrite sur une question de chimie (minérale ou organique) ; 2° interrogations sur la physique, la chimie organique et la toxicologie minérale ; 3° interrogations sur la pharmacie galénique, la botanique (familles naturelles phanérogames) et l'histoire naturelle des médicaments. Il sera accordé trois heures pour la composition écrite. Chaque épreuve d'interrogation durera vingt minutes. Les candidats de la première catégorie auront deux heures pour les préparations. Les candidats qui auront satisfait à la composition écrite seront seuls admis aux interrogations orales. L'appréciation pour chaque épreuve est exprimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Après la première épreuve, le jury procède en séance particulière au classement des candidats par ordre de mérite.

Situation des élèves en pharmacie du service de santé militaire. — Les élèves en pharmacie du service de santé militaire contractent, dès leur admission un engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur promotion au grade de pharmacien de aide-major de 2e classe. Il est accordé aux élèves pharmaciens, dès leur nomination, une indem-

(1) Les dispositions de l'annexe du 1er octobre 1894 ne présentent, en ce qui concerne les candidats pharmaciens à l'Ecole du Val-de-Grace et les élèves en pharmacie, aucune modification aux dispositions générales de l'instruction du 13 mars 1894.

nité annuelle de 1,000 fr. Cette indemnité sera allouée, au maximum, pendant trois ans aux élèves admis sans inscription, pendant deux ans aux élèves ayant quatre inscriptions, pendant un an aux élèves ayant déjà huit inscriptions. A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont versés par l'administration de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur. Les élèves qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou ceux qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal sont tenus de rembourser le montant des frais de scolarité et d'indemnité. Les élèves sont répartis, à leur choix et suivant leur convenance, entre les sept villes suivantes : Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris et Toulouse, qui possèdent une Ecole supérieure de pharmacie ou une Faculté mixte. Ils sont attachés à l'hôpital militaire ou à l'hospice mixte, sous les ordres et la surveillance des médecins-chefs et concourent à l'exécution du service pharmaceutique, autant que le permettent les cours et travaux pratiques qu'ils sont tenus de suivre. Tout élève reçu pharmacien de 1re classe passe de plein droit à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires en qualité de pharmacien stagiaire.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 31. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Chauffard, Marie. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Remy, Poirier, Sebileau. — 5e *de Doctorat*, (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. — (2e *série*) : MM. Delens, Humbert, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Hayem, Widal.

MARDI 1er. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Debove, Charrin, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Raymond, Marfan, Roger. — 1er de chirurgien-dentiste : Quénu, Poirier, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Panas, Brun, Nélaton. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Proust, Chantemesse, Achard.

MERCREDI 2.—3e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*): MM. Landouzy, Marie, Gilles de la Tourette. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Chauffard, Vidal. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Pouchet, Wurtz. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Ricard, Retterer, Sebileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Peyrot, Walther. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Marchand, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Netter, Gaucher. — (1re *partie*) obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

JEUDI 3. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Hutinel, Charin, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Thoinot, Wurtz. — (3e *série*) : MM. Debove, Raymond, Achard. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Farabeuf, Gley, Thiéry.

VENDREDI 4. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Landouzy, Chauffard, Marie. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Thoinot, Netter. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Marchand, Poirier, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Peyrot, Jalaguier, Broca. — (2e *série*) : MM. Delens, Humbert, Delbet. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 5. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Chantemesse, Gilbert. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Quénu, Poirier. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Letulle, Roger. — (2e *série*) : MM. Raymond, Hutinel, Achard. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Le Dentu, Schwartz, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Berger, Polaillon, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Marfan, Ménétrier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 3 JUIN. — M. Dupeu. Sur la néphrite aigue bénigne chez les enfants. — M. Reyt. Etude sur les gangrènes d'origine veineuse. — M. Borel. Sur la durée de la contagiosité de la scarlatine. — M. Gouzonnet. De la cystite et en particulier de la cystite dans les maladies infectieuses.

FORMULES

XVIII. — Solution contre la névralgie de la branche ophtalmique du trijumeau (M. I.-E. MARKOV).

Chlorhydrate *neutre* de quinine .	0 gr. 10 cent.
Chlorhydrate de morphine . . .	0 — 05 —
Eau distillée.	10 grammes.

F. S. A. — Usage externe.
En instillations sur la cornée.

XIX. — Solution contre la myringite chronique sèche. (M. STETTER).

Acide sozoiodique	0 gr. 25 cent.
Alcool absolu	1 gramme
Huile de ricin	10 grammes.

F. S. A. — Usage externe.

Enseignement médical libre.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr KOENIG, 14, rue Monge. — Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Maladies mentales. — M. ROUBINOVITCH, chef de clinique de la Faculté de médecine, fait les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, à l'Asile clinique (Saint-Anne), un cours élémentaire de pathologie mentale.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 2 mai au samedi 8 mai 1897, les naissances ont été au nombre de 1.139, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 452, illégitimes, 162. Total, 614. — *Sexe féminin* : légitimes, 396, illégitimes, 129. Total, 525.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 mai au samedi 8 mai 1897, les décès ont été au nombre de 1,015, savoir : 523 hommes et 492 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 1, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 26, F. 15, T. 41. — Rougeole : M. 31, F. 20, T. 51. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 6, F. 0, T. 6 — Grippe : M. 0, F. 4, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 116, F. 70, T. 186. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 17, T. 31. — Autres tuberculoses : M. 21, F. 11, T. 32. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 3, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 27, T. 47. — Méningite simple : M. 12, F. 13, T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 23, F. 21, T. 45. — Paralysie, M. 3, F. 5, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 5, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 37, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 6, T. 10. — Bronchite chronique : M. 9, F. 9, T. 18. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 16, T. 37. — Pneumonie : M. 26, F. 19, T. 45. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 18, F. 17, T. 35. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 7, T. 13. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 12, F. 9, T. 21. — Sénilité : M. 14, F. 18, T. 32. — Suicides : M. 16, F. 4, T. 21. — Autres morts violentes : M. 18, F. 106, T. 124. — Autres causes de mort : M. 89, F. 40, T. 129. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 1, T. 2.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 97, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40, illégitimes, 18. Total : 58. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 21. Total : 46.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr CHANTEMESSE, professeur agrégé, vient d'être nommé professeur de pathologie expérimentale. — Nous adressons nos plus vives félicitations à notre ami, M. Chantemesse, l'un de nos plus anciens et fidèles collaborateurs.

Concours pour le prosectorat. — Ce concours a commencé le lundi 24 mai. Le jury se compose de MM. Farabeuf, Tillaux, Terrier, Poirier et Ricard. Voici les noms des candidats : MM. Baraduc, Baudet, Cunéo, Fredet, Gosset, Mouchet, Ombredanne, Pasteau, Savariaud et Wiart. Voici le sujet de la composition écrite : *Œsophage* (*anatomie et physiologie*) ; *corps étrangers de l'œsophage.*

Concours pour l'adjuvat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. VEAU, DUJARIER, ROGER, HERBET et LUYS.

Manœuvres obstétricales. — M. BAR, agrégé, fera sa première démonstration au petit amphithéatre de l'Ecole pratique le samedi 29 mai 1897, à 3 heures de l'après-midi. Les exercices opératoires d'obstétrique auront lieu tous les jours, à 1 heure (pavillon n° VI), à partir du lundi 31 mai.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le Dr CURTILLET, agrégé de la Faculté de Médecine de Lyon, est chargé du cours de clinique des maladies des enfants.

CONGRÈS DE BRUXELLES CONTRE L'ABUS DES BOISSONS. — Le Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques siégera à Bruxelles du 30 août au 3 septembre prochain.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — A la date du 4 mai 1897, le Ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aurait lieu en 1897, dans les condi-

tions suivantes. *Réserve*. 371 médecins seront convoqués, savoir : 5 médecins-majors de 2e classe; 40 médecins aides-majors de 1re classe, 326 médecins aides-majors de 2e classe. *Armée territoriale*. 211 médecins seront convoqués, savoir : 30 médecins-majors de 2e classe ; 90 médecins aides-majors de 1re classe ; 91 médecins aides-majors de 2e classe. Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont convoqués par le directeur du service de santé et sur le territoire du corps d'armée ou gouvernement militaire dont ils relèvent par leur affectation. Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie, à la Tunisie ou à la Corse et résidant en France, seront convoqués, après entente entre les généraux commandants de corps d'armée intéressés, dans la région du corps d'armée où ils ont fixé leur domicile. Dans chaque corps d'armée ou gouvernement militaire, le directeur du service de santé statue sur les demandes qui lui sont adressées par les médecins de réserve et de l'armée territoriale en vue d'obtenir soit un sursis ou un devancement d'appel, soit une autorisation de stage sans solde ou un changement de lieu de convocation dans l'intérieur du corps d'armée ou du gouvernement militaire. Les demandes de médecins qui désireraient accomplir sans solde, à une date ou dans une garnison à leur convenance, la période d'instruction pour laquelle ils ont été ou doivent être convoqués, ne seront accueillies par le directeur ci-dessus désigné que s'il est possible de satisfaire aux exigences du service par la convocation d'autres médecins du même grade.

Nominations. — Sont nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois ci-après désignés : Au grade de médecin-major de 1re classe (choix) : M. Lucas (Elie), médecin-major de 2e classe au 117e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Aubry, retraité. Maintenu à son poste actuel. — (Ancienneté) : M. de Tastes (Marie-Maurice-Marcel), médecin-major de 2e classe au 92e régiment d infanterie, en remplacement de M Tournade, mis en non-activité pour infirmités temporaires. Maintenu à son poste actuel — (Choix) : M. Vilmain (Gabriel-Paul-François), médecin-major de 2e classe au 153e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Brégi, mis en non activité pour infirmités temporaires. Maintenu à son poste actuel. — Au grade de médecin-major de 2e classe, 2e tour (choix) : M. Braün (Alphonse-Dominique), médecin aide-major de 1re classe, surveillant à l école du service de santé militaire, en remplacement de M. Danjou, retraité. Maintenu à son poste actuel. — 3e tour (ancienneté), M. Labougle (François-Eugène-Joseph), médecin aide-major de 1re classe au 33e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Lucas, promu. Maintenu à son poste actuel. — 1er tour (ancienneté), M. Courtet (Vinceslas-Claude-Auguste-Fernand), médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. de Tastes, promu. Maintenu à son poste actuel. — 2e tour (choix), M. Zumbiehl (Théodore), médecin aide-major de 1re classe au 64e regiment d'infanterie, en remplacement de M. Vilmain, promu. Maintenu à son poste actuel. — Au grade de pharmacien-major de 1re classe : 2e tour (choix), M. Puig (Justin-Sauveur-Jean), pharmacien-major de 2e classe à la légion de la garde républicaine, en remplacement de M. Mather, retraité. Maintenu à son poste actuel.— Au grade de pharmacien-major de 2e classe : 2e tour (choix), M. Nanta (Léon Philippe-Norbert), pharmacien aide-major de 1re classe, au corps d'occupation de Madagascar, en remplacement de M. Puig, promu. Maintenu à son poste actuel. — Tour de la non activité (rapatrié de Madagascar), M. Paulcau (Joseph-Emile-Gabriel), pharmacien-major de 2e classe hors cadre à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris, en remplacement de M Nanta, mis hors cadre. Maintenu à son poste actuel. — M. Chopard, médecin-major de 1re classe au 137e régiment d'infanterie, est désigné pour le 1er régiment d'artillerie. — M. Fix, médecin-major de 2e classe au 6e bataillon de chasseurs à pied. est désigné pour le 137e d'infanterie. — Le médecin principal de 1re classe Oberlin, adjoint au directeur du Service de Santé du gouvernement militaire de Paris, est affecté par ordre à l'hôpital militaire de Saint-Martin, à Paris. — Le médecin-major de 1re classe Gils, à l'hôpital militaire de Toulouse, est désigné pour l hôpital militaire de Vincennes. — M. Finot, médecin-major de 1re classe au 23e dragons, est mis à la disposition de M. le Ministre des colonies pour être affecté à l'escadron des spahis soudanais. M. Finot sera mis hors cadre à dater du jour de son embarquement.

Officiers d'administration des hôpitaux militaires. — Sont nommés dans le cadre des officiers d'administration du service des hôpitaux militaires aux grades et emplois désignés ci-après : Au grade d'officier d'administration principal (choix) : M. For[illegible]quet [illegible] Edouard), officier d'administration de 1re classe à la direction du service de santé de la division d'Alger, en remplacement de M. R[illegible], retraité. Maintenu provisoirement à son poste actuel. — Au grade d'officier d'administration de 1re classe (choix) : M. Maubecq (Anselme), officier d'administration de 2e classe à la direction du service de santé du 19e corps d'armée, en remplacement de M. For[illegible]quet, promu. Maintenu à son poste actuel. — Au grade d'officier d'administration de 2e classe (choix) : M. Mer[illegible] [illegible]s-V[illegible], officier d'administration adjoint de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, en remplacement de M. Maubecq, promu. Maintenu à son poste actuel. — Au grade d'officier d'administration adjoint de 1re classe : Tour de la non-activité (rapatrié de Madagascar), M. Dufresne (Louis-Félix), officier d'administration adjoint de 1re classe, hors cadre, à l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon, en remplacement de M. Mercadier, promu. Maintenu à son poste actuel.

EXPOSITION GÉOLOGIQUE. — La troisième série de l'Exposition publique des Actualités géologiques sera inaugurée au Muséum (Galerie de Géologie), le mardi 1er juin à trois heures. Elle restera ouverte les mardis, jeudis, samedis et dimanches, de 1 heure à 4 heures.

L'INSTITUT AU SÉNAT. — Nous apprenons qu'un groupe d'électeurs sénatoriaux a mis en avant la candidature républicaine, en Vendée, de M. Grimaux, professeur à l'Ecole polytechnique et à l'Institut agronomique, et membre de l'Académie des Sciences.

ART DENTAIRE. — Dans une réunion de médecins qui s'est tenue récemment à Paris, M. Sylvestre a fait une démonstration de sa nouvelle application des dents artificielles posées directement sur la gencive, sans aucune attache ni racine.

HOMMAGE AU Dr ROUSSEL. — La « Ligue auvergnate » a offert dimanche dernier un banquet à M. Théophile Roussel, sénateur, membre de l'Institut, dont les travaux et les lois pour sauvegarder l'enfance malheureuse sont connus de tous. Le banquet, où nombre de plats auvergnats ont été servis et dont le menu était écrit en patois, était présidé par M. le Dr Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur. Au dessert, les orateurs, tous Auvergnats ou à peu près, ont fait l'éloge de leur compatriote, M. Roussel.

HOMMAGE A DUCHARTRE. — Dimanche dernier, sur la maison, où, en 1806, à Portiragnes, naissait Duchartre, une plaque commémorative a été apposée sur l'initiative de la Société des sciences naturelles de Béziers. Issu de famille modeste, par un travail opiniâtre, Duchartre conquit tous les grades universitaires, devint professeur à la Faculté des sciences de Paris, président de la Société botanique de France, membre de l'Institut. Les Sociétés scientifiques de Montpellier, Marseille, Lille, Lyon, Paris, étaient représentées. M. Maxime Cornu, président de la Société botanique de France, s'était excusé, vu son état de santé, de même que M. Gaston Bonnier, successeur de Duchartre à la Sorbonne.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— M. le Dr ROBINSON (de Constantinople) a été nommé *Officier d'Académie*.

RECOMPENSES. — M. le Ministre de l'Intérieur, à l'occasion de la catastrophe du Bazar de la Charité, a décerné une *médaille d'argent de première classe* à MM. Farjas de Lamothe, interne des ambulances urbaines ; Legras, chef de station aux ambulances urbaines. — Une *médaille d'argent de deuxième classe* a été accordée à MM. Pouzalque, désinfecteur aux ambulances urbaines à Paris ; Royer, cocher aux ambulances municipales ; Roussel, interne au service de l'Exposition, M. le Dr Selle, médecin à Paris, M. le Dr Socquet, médecin légiste, M. le Dr Vibert, médecin légiste, Desjardins, interne à l'hôpital Beaujon, Roudeau, interne à l'hôpital Beaujon ; Mortagne, interne à l hôpital Beaujon ; Véron, interne à l'hôpital Beaujon. — *Mentions honorables* : M. le Dr Ménard, MM. Bize, Decloux, Termet et Turner, internes à l'hôpital Beaujon. MM. Bouzauquet, Gosselin et Léon Goujon, externes des hôpitaux ; MM. Monnet et Lebrun, étudiants en médecine ; M. Juramie, directeur de l hôpital Beaujon, Lepagny, infirmier à Beaujon, Broca, pharmacien à Beaujon.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr BAILLY est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Chambly.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de Chirurgiens des hôpitaux.* — Séance de Médecine opératoire, question posée : *Ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Désarticulation tibio-tarsienne.*

Concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 19 juillet 1897, à une heure précise, dans l'amphithéatre de la Pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration, de onze heures à trois heures, depuis lundi 21 juin jusqu'au samedi 3 juillet inclusivement.

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le Dr ALBERTIN. — Toutes nos félicitations à notre ami.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Adjudications.* — Le samedi 2[illegible] juin 1897, à [illegible] heures, il sera procédé publiquement [illegible]

l'Administration de l'Assistance publique à Paris avenue Victoria, nº 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackintosh, protective, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an a partir du 1er juillet 1897. Ces fournitures sont évaluées approximativement à : 1er et 2e lots : Gazes iodoformées et au salol, mackintosh protective, lint borique, 80,300 fr. 3e et 4e lots : Coton hydrophile, coton au salol borique, 69,000 fr. S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de la dite Administration, avenue Victoria, nº 3, à Paris, tous les jours non fériés de 11 heures à 4 heures.

MÉDECIN CONDAMNÉ. — *Asile d'aliénés.* — On écrit du Mans qu'un ancien pensionnaire de l'asile départemental d'aliénés de la Sarte, M. Jancioli a actionné le directeur, M le Dr Griscy, et lui a réclamé 5,000 francs de dommages-intérêts, prétendant avoir été amené à l'asile pendant une crise alcoolique et avoir été outrageusement battu par quatre gardiens, qui lui firent diverses blessures, notamment une fracture de côtes. Le tribunal vient de rendre son jugement. Ce jugement établit qu'il n'est pas douteux que Jancioli ait été maltraité par les gardiens; mais, considerant qu'il était déjà retenu à l'asile par une maladie mentale, qu'il y reçu tous les soins nécessaires et que l'incapacité de travail n'a pas dépassé deux mois, il a condamné M. le Dr Grisey, civilement responsable des agissements de ses employés, à 500 francs de dommages-intérêts seulement et aux frais du procès. — « Seulement » n'est pas mal !

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR (Pr A.-J. MARTIN). — *Cours d'hygiène sociale.* — La conférence pratique du dimanche 30 mai aura lieu aux bassins filtrants de l'usine municipale des eaux, à Saint-Maur, à neuf heures et demie du matin. Départ par la gare de Vincennes, place de la Bastille, à 9 heures 5 du matin, pour la station de Joinville-le-Pont. Retour à Paris entre 11 heures et demie et midi. Les cours et les conférences sont publics.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT A PARIS. — Un crédit de 30,490 fr. demandé par la préfecture de police pour assurer le nouveau service médical et pharmaceutique de nuit, a été adopté par le Conseil municipal. M. Chausse a proposé de rattacher ce service à la direction des affaires départementales; mais M. Laurent, secrétaire général de la préfecture de police, n'a pas eu de peine à démontrer que ce service est une œuvre de sécurité publique et, par conséquent, du ressort de son administration.

AVIS AUX MÉDECINS DE PARIS. — Une femme se présente depuis quelque temps chez beaucoup de personnes charitables et notamment chez des membres du corps médical, pour solliciter des secours en faveur de Mme Feulard, la veuve de l'infortuné Dr Feulard, qui est mort si tragiquement dans l'incendie du Bazar de la Charité, en essayant de sauver sa fille après avoir sauvé un grand nombre de victimes. Les amis de Mme Feulard nous prient de mettre le public en garde contre les tentatives de cette femme, qui cherche simplement à escroquer des fonds à son profit personnel.

MÉDECINS LÉGISTES EN ALGÉRIE. — Un décret promulgué décide que, au commencement de chaque année judiciaire, la cour d'appel d'Alger désignera des docteurs en médecine français, à qui elle conférera le titre d'expert devant les tribunaux. La désignation de médecins militaires ne pourra avoir lieu qu'avec l'approbation de l'autorité militaire supérieure.

LA PESTE BOVINE AU TRANSWAL. — La peste bovine sévit toujours au Transwal, nonobstant le zèle et les efforts déployés par le professeur allemand Koch et par les savants français MM. Danis et Bordet.

JOURNAUX DE MÉDECINE. — Le *Languedoc médico-chirurgical*, momentanément disparu, vient de recommencer à paraitre mensuellement.

NECROLOGIE. — M. le Dr ANAGNOSTAKIS (André), oculiste très connu, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Médecine d'Athènes. — M. Casimir-Urbain COMBES est décédé dans sa 90e année, à Saint-Barthélemy, près Angers. Elève de l'Ecole de Médecine d'Angers, il fut reçu officier de santé en 1838. Il exerça la médecine à Becon jusqu'en 1849, puis à Jarzé jusqu'en 1878. — L'Université de Bruxelles vient de perdre un de ses plus anciens et plus illustres professeurs : M. le Dr DEROUBAIX, qui occupa pendant près de soixante ans la chaire d'anatomie descriptive avec le plus brillant éclat et dont la clinique à l'hôpital ne fut pas moins célèbre par la science que par le dévouement, vient de mourir à l'age de 84 ans. — M. le Dr James ANDREW, ancien lecteur adjoint de médecine à l'Ecole de Médecine de Saint-Bartholomew de Londres. — M. le Dr Henry Vandyke CARTER, ancien professeur d'anatomie et de physiologie au Grant Medical College de Bombay.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h 1/2.

HÔTEL-DIEU. — *Cours pratiques d'Ophtalmologie.* — M. le Dr A. TERSON, chef de clinique, a recommencé, le mardi 11 mai, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1º *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; 2º *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves) Le cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures et durera six semaines. — M. le Dr MERMET, chef du laboratoire, a commencé le mercredi 12 mai, à 5 heures, des conférences pratiques : 1º *Anatomie de l'œil* (avec technique microscopique). *Physiologie de l'œil*; 2º *Anatomie pathologique et bactériologie oculaires.* Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, et durera six semaines S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MEDICAL*
14, RUE DES CARMES.

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1896** ;

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER.

Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés . . . . 4 fr.

Librairie H. LAMIRAULT et Cie,
61, rue de Rennes.

Dans la 562e livraison de la *Grande Encyclopédie* on lira avec le plus grand intérêt la monographie du Dr Potel sur l'histoire de la *Médecine*; l'article est complété par une riche bibliographie. Signalons aux géographes l'article *Méditerranée*, de MM. J. Gauthier et A. Metin, et l'étude consacrée à la ville antique de *Mégare*, par M. Baudouin. Les principales biographies sont celles des *Médicis* et de *Méhul*. — Prix de chaque livraison : 1 franc. — Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCC', RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 23. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 5 JUIN 1897.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les opérations nouvelles sur les voies biliaires (1).

LES OPÉRATIONS EXCEPTIONNELLES SUR LE CHOLÉDOQUE :

Cholédocho-entérostomie et Cholédochectomie ;

par Marcel BAUDOUIN.
Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris,
Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie*.

III. — CHOLÉDOCHO-ENTÉROSTOMIE.

SOMMAIRE. — Définition. — Historique. — Observations publiées. — Considérations anatomo-physiologiques sur cette opération. — Manuel opératoire. — Indications. — Avenir aléatoire de la Cholédocho-entérostomie.

Définition. — La *Cholédocho-entérostomie* est l'anastomose du canal cholédoque avec une anse de l'intestin grêle.

C'est une opération absolument comparable à la Cholécystentérostomie, avec cette différence qu'ici l'abouchement de l'intestin se fait, non plus avec un réservoir à peu près de même dimension que lui, mais avec un conduit qui, à l'état normal, n'atteint pas la grosseur du petit doigt. Aussi, pour qu'elle ait été possible à exécuter, a-t-il fallu des conditions pathologiques toutes spéciales, autrement dit l'existence préalable d'une dilatation considérable du canal vecteur de la bile.

Historique. — C'est en effet ce qui existait chez les malades qui ont subi cette opération, dont l'historique est aussi court qu'intéressant. Quoi qu'en ait dit Courvoisier, l'idée première de cette intervention ne revient pas à Kocher, mais bien à Riedel. Riedel (2) utilisa, pour son opération, qui date en effet du 8 décembre 1888, une incision faite au cholédoque dans le but de pratiquer une cholédochostomie, qui resta infructueuse (3). Malheureusement, encore novice en chirurgie biliaire — ce qui se comprend facilement, si l'on songe que l'on n'était qu'en 1888 —, il fit des sutures insuffisantes et sa malade mourut de péritonite par issue de bile septique dans la cavité abdominale. Mais ce n'en est pas moins à ce hardi chirurgien qu'on doit la conception et l'exécution de la première cholédocho-entérostomie, une des plus délicates opérations de la chirurgie viscérale.

Kocher n'exécuta d'ailleurs chez son patient, en 1890, deux ans après Riedel, que le premier temps, à savoir la suture du duodénum aux parois du cholédoque dilaté en amont d'un obstacle constitué par deux calculs enclavés dans ce conduit. Il procéda ainsi dans le but de pouvoir ultérieurement, au cours d'une seconde laparotomie, terminer en un autre temps la fistule cholédocho-duodénale, si la lithotritie des calculs du cholédoque ne réussissait pas à guérir son malade.

Malheureusement (pour Kocher du moins), son lithotritié guérit radicalement. On n'eut pas besoin de créer la fistule dont on avait préparé l'exécution; et l'honneur de mener à bien la première cholédocho-entérostomie fut réservé à Sprengel (1891). Là aussi, comme dans les cas où fut pratiquée la cholédochostomie, le conduit biliaire principal était extrêmement dilaté. Faisons remarquer enfin que la malade opérée par Sprengel était une femme chez laquelle il avait antérieurement enlevé la vésicule biliaire : ce qui l'empêcha de faire une cholécystentérostomie et le conduisit forcément à la cholédocho-entérostomie.

OBSERVATION I.

RIEDEL (Cas I) (1888).

Traduction *in extenso* (1).

Calculs de la vésicule biliaire. Lobule accessoire du foie. — Cholécystostomie en deux temps. — Calcul extrait par la fistule persistante du canal cystique. Calcul du cholédoque situé dans l'ampoule de Vater. — Massage du cholédoque et Cholédochotomie infructueuse. — CHOLÉDOCHO-ENTÉROSTOMIE. — *Mort par péritonite* (épanchement intrapéritonial de bile septique).

Mme V. B.., âgée de 40 ans, entrée le 15 juillet 1888, lit n° 25. Elle est très anémique. A l'âge de 20 ans environ, elle a eu une fois des douleurs très violentes dans la région de la vésicule biliaire. Elle n'en a jamais éprouvé depuis cette époque ; cependant elle a souffert souvent d'une perte de l'appétit et de troubles digestifs. Il y a deux ans, elle a eu un accès très violent de colique hépatique; il a duré 24 heures, avec des vomissements très intenses. Elle ne se souvient plus si elle a eu alors de l'ictère.

Depuis ce moment, elle éprouve des sensations douloureuses de nature indéterminée, dans l'hypochondre droit, qui se sont accentuées il y a cinq semaines et ont été accompagnées d'un ictère léger et de démangeaisons cutanées très vives.

L'examen montre que le lobe droit du foie descend environ au dessous de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Son bord latéral et inférieur est très appréciable; son bord médian n'est qu'indistinct, même quand le foie, par une pression dans la région lombaire, est refoulé d'arrière en avant. Là, il est tranchant; ici, mousse et arrondi. Il y a, en haut et à droite de l'ombilic, une région très sensible à la pression ; cependant on ne peut sentir qu'une tumeur d'un volume comparable à celui de la vésicule biliaire.

OPÉRATIONS. — 1° *Cholécystostomie.* — *1er temps.* L'incision est faite le 23 juillet 1888 à l'endroit douloureux. On ne constate d'abord que l'existence d'un *petit lobule du foie*, qui est comme appendu au lobe droit et mesure 2 centimètres de long sur 1 centimètre d'épaisseur.

Après agrandissement de l'incision, on sent, vers le bas, à l'aide du doigt introduit sur le bord médian du lobe hépatique, une vésicule biliaire, grosse environ comme une petite pomme, mobile, distendue, remplie de calculs, qu'on ne parvient à dégager d'au dessous du foie qu'avec une certaine peine. Un péritoine un peu épaissi recouvre la vésicule. Les parois sont si minces qu'on voit à travers le luisant des calculs. Pour cette raison, le péritoine épaissi seul est suturé à la paroi abdominale et la plaie remplie de gaze.

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet, 1er aout 1896.
(2) Riedel (d'Iena). — *Erfahrungen uber die Gallensteinkrankheit mit und ohne Icterus.* — Berlin, 1892 p. 118.
(3) Au cours de sa première intervention, il avait eu d'abord l'idée de sectionner le cholédoque et de l'implanter directement dans la paroi du duodénum (*Greffe du cholédoque* à plein canal ; mais il l'avait vite abandonnée, pour en venir à un procédé comparable à celui de la cholécysto-entérostomie.

(1) Riedel (Iéna). — *Erfahrungen uber die Gallenstein-Krankheit mit und ohne Icterus.* — Berlin, 1892, p. 116-118 et résumé dans quatre tableaux, p. 160-161. — (*Traduction* : I. B. S.).

Suites. — Pas de fièvre, mais vomissements répétés.

2e *temps.* La malade est endormie pour la deuxième fois, le 29 juillet. Cette fois aussi, comme la première, vomissements abondants. Aussi les sutures de la partie supérieure de la plaie ont-elles sauté, et le foie est libre. Après une nouvelle suture, on incise la vésicule, dont les parois ont une épaisseur de deux millimètres. On en extrait trois gros calculs, imbriqués les uns sur les autres, ayant environ 1 cm. 1/2 de long et 1 cm. 1/4 d'épaisseur; leurs extrémités sont à facettes. Deux d'entre eux ont une enveloppe de 4 millimètres d'épaisseur. On ne sent aucun calcul dans le canal cystique.

Suites. — Immédiatement l'écoulement de bile s'établit, si bien que cette malade donna vite de l'espoir. L'écoulement dura pendant août et septembre, sans avoir rien d'exagéré. Le 28 septembre le drain tomba; la plaie diminua de suite et il ne s'écoula plus qu'un peu de liquide muqueux. Au commencement d'octobre, on sentit toutefois avec la sonde un calcul dans la profondeur; mais ultérieurement on ne put plus le retrouver.

Le 12 octobre, légère douleur dans le ventre; en même temps, et pour la première fois, selles décolorées. Ces douleurs réapparurent souvent; et pendant qu'elles cessaient les selles redevenaient normales. On dut en conclure qu'un calcul de l'extrémité supérieure du canal cystique s'engageait de temps en temps dans le canal cholédoque et l'obstruait.

Le 18 octobre, on introduisit dans la fistule une tige de laminaire de 12 centimètres de long. Elle se dilata d'une façon très considérable; mais cependant une nouvelle recherche du calcul demeura infructueuse.

Le 1er novembre, le calcul fut de nouveau senti, et le 11 novembre, après la *dilatation de la fistule* à l'aide de dilatateurs utérins, on put extraire, à l'aide d'une pince à mors boutonnés, un calcul à peine gros comme un pois, assez mou, de coloration rousse. Il se trouvait à 4 centimètres de profondeur au lieu de 10, ayant manifestement cheminé vers la partie inférieure.

Au lieu d'une amélioration, il se produisit un écoulement abondant de bile, à tel point que chaque soir on était obligé de changer le pansement. A la fin de novembre, on remarqua à nouveau que les selles étaient décolorées.

Le 30 novembre, la malade se plaignit de dyspnée et de battements de cœur. Le nombre des pulsations, qui sont petites, s'élève à 130. Au moyen d'un drain introduit dans la fistule, la bile est directement recueillie dans une bouteille. On récolte ainsi, dans l'espace de 24 heures, la quantité, véritablement énorme, de 1000 ccm. de bile.

Le 3 décembre, la patiente se sent manifestement mieux; le pouls est plus fort (84 pulsations, le matin); la sécrétion biliaire est moindre; cependant elle redevient bientôt très profuse (6 décembre: 750). Les selles restent décolorées.

Dans ces conditions, une expectation plus prolongée est impossible. La malade baisse de plus en plus, en raison de la perte de bile. Il doit forcément y avoir un *calcul* arrêté dans le canal cholédoque: en effet, un *rétrécissement* cicatriciel de ce conduit n'est pas probable, puisque jusqu'à ces derniers temps les selles ont été normales. La laparotomie est très périlleuse chez les personnes affaiblies; mais on ne pouvait ici l'éviter, car il fallait absolument enlever l'obstacle ou mettre au jour le cholédoque pour écraser le calcul.

2° *Cholédocho-entérostomie.* — Le 8 décembre 1888, on fit une incision de 15 centimètres de long sur la ligne médiane, aux environs de l'ombilic. La main introduite dans la cavité abdominale constata l'existence d'adhérences développées entre les intestins, le foie et la vésicule; mais toute orientation plus complète fut impossible. On fit alors une deuxième incision de 10 centimètres de long, perpendiculaire à l'extrémité inférieure de la première et se dirigeant à droite; elle suivait le bord inférieur du lobe droit du foie. Dans le voisinage immédiat de la vésicule, on trouva de nombreuses néoformations et plus loin, vers la gauche, de larges adhérences épiploïques. Ces dernières furent sectionnés et alors, par la plaie abdominale largement ouverte, on put voir le pylore et plus bas la courbe décrite par le duodénum. La vésicule biliaire, libérée en partie, était à droite; plus loin le cystique et le cholédoque étaient des plus visibles. Ces trois organes étaient dilatés, surtout le canal cholédoque, qui était presque aussi épais que le petit doigt et énormément distendu. Ses parois paraissaient un peu épaissies. On n'y put sentir aucun calcul; mais, à l'exploration avec le doigt, on crut reconnaître derrière le duodénum une proéminence, environ grosse comme un petit pois. Celle-ci parut relativement molle; elle n'était certes pas dure. On ne parvint pas à vider le canal cholédoque; après qu'on eut évacué son contenu à l'aide d'une seringue de Pravaz, le canal se remplit à nouveau. On commença alors à hésiter et se demanda s'il y avait un rétrécissement cicatriciel au niveau de la papille de Vater ou un calcul; peut-être y avait-il aussi une coudure du canal en ce point. On résolut de *refouler* ce calcul jusqu'à l'entrée du duodénum; mais on n'y parvint pas, parce qu'une forte hémorragie se produisit dans les tissus pancréatiques, situés dans le voisinage immédiat.

La situation était maintenant plus dangereuse. Il fallait à tout prix faire disparaître l'obstacle au cours de la bile dans l'intestin. On pouvait isoler la vésicule, malgré ses adhérences, et la mettre en communication avec l'intestin. Mais c'eût été laisser en place pour toujours le calcul fixé probablement à côté de la papille; or, ultérieurement, ce calcul pouvait croître et causer plus tard certainement des troubles nouveaux. Il n'y avait plus, comme dernière ressource, qu'à extraire le calcul; mais, pour cela, il fallait ouvrir le cholédoque.

Il fut alors *provisoirement lié* et *incisé* sur le côté. Une sonde glissa facilement jusqu'à la papille, malgré la déviation du cholédoque. Mais aucun calcul ne put être senti. Les calculs biliaires sont mous; aussi sont-ils vraiment difficiles à sentir, surtout avec une sonde courbe. Il n'est donc pas prouvé qu'il n'existait pas de calcul. On ne pouvait pas simplement sectionner le cholédoque et le suturer au duodénum ouvert en un point limité, comme l'idée m'en était venue au début; mais il était possible de suturer le canal au niveau de son ouverture latérale, avec un trou fait dans le duodénum, comme dans une gastroentérostomie. La sécrétion, formée en arrière du calcul, pouvait de la sorte arriver dans l'intestin, car il n'était pas certain que la bile puisse encore couler par la papille.

La suture du cholédoque au duodénum présenta de grandes difficultés. Avant l'incision, le canal avait l'air très résistant, à parois paraissant au moins assez épaisses pour qu'elles puissent supporter les sutures; après l'incision, au contraire, on vit que cette impression était erronée; la paroi était extrêmement mince et pouvait à peine supporter quelques points de suture. Malgré cela, la suture parut devoir tenir, car il n'y avait aucune tension. Et elle aurait tenu, si la sécrétion qui passait dans le cholédoque n'avait pas été une bile aussi limpide, ayant une grande tendance à pénétrer par la plus petite ouverture et à empêcher tout accolement des parois.

Suites. — L'opération avait duré en tout 3 heures 1/2. La patiente était dans un profond collapsus; on ne sentait plus le pouls radial. Elle se releva un peu dans le cours de l'après-midi, mais se plaignit de douleurs vives dans le ventre, et se débattit malgré toutes les recommandations. De la bile continua à couler par la fistule de la paroi abdominale, mais moins qu'avant l'opération.

9 décembre. — Nuit sans sommeil. Douleurs dans le cours de la journée toujours aussi intenses, excessives dans l'après-midi. Vers le soir, la connaissance s'en va et la mort survient à 10 heures 1/2 du soir.

Autopsie. — L'autopsie montre qu'il y avait une grande quantité de liquide trouble, couleur chocolat, dans la cavité abdominale.

Estomac et intestins fortement injectés, en partie recouverts de fausses membranes fibrineuses gris-jaunâtres. Vésicule biliaire soudée avec l'angle hépatique du colon sur toute la longueur, par une bande de tissu conjonctif très vascularisé. La vésicule est rétractée; sa muqueuse est modérément colorée en rouge, très inégale. Dans l'intérieur, du mucus coloré couleur chocolat pâle, mélangé avec du pus. Canal cystique dilaté; les replis saillants n'existent plus. Le canal cholédoque est épaissi au-dessus du point d'embouchure du canal cystique et est dilaté. Dans le voisinage, une fente colorée en brun-jaunâtre dans le ligament hépato-duodénal. Le cholédoque sectionné, ayant 17 millimètres de circonférence, est isolé jusque dans le voisinage le plus proche du duodénum et suivi jusqu'à la papille. Cette dernière est fortement distendue et presque grosse comme le petit doigt; la muqueuse sous-jacente est

œdématiée. Dans la partie papillaire du canal cholédoque est arrêté un calcul de cholestérine mou, gros comme un petit pois, semblable à un bouton de chemise.

On voit sur le duodénum, à sa paroi supérieure, à environ 50 millimètres du pylore, une perforation à bord à pic, de forme lenticulaire, entourée par une couronne de fines sutures. On découvre dans son intérieur un calcul blanc-grisâtre, gros comme un petit pois, à surface raboteuse.

Le foie est surtout développé dans le sens de la longueur : 180/240/184. Le lobe droit est presque carré. Capsule du foie lisse en général. Petit lobule du foie manifeste.

Contenu blanc-grisâtre et visqueux dans la partie inférieure de l'iléon. Muqueuse lisse, gris-pâle. Poumon gauche adhérent en un point limité, au sommet, avec la plèvre centrale. Lobe supérieur paraissant cicatrisé en différents endroits. Quelques branchioles sont élargies au niveau des cicatrices (Tuberculose).

Observation II.

Sprengel (1) (1891) (2).

Lithiase biliaire (Coliques hépatiques). — Laparotomie exploratrice et tentative infructueuse de refoulement d'un calcul du cholédoque situé à l'embouchure du cystique (le calcul passe dans le cholédoque : ictère.)—*Cholécystectomie après Cystolithotripsie. — Calcul de l'hépatique. — Cholédocho-lithotripsie. —* Cholédocho-duodénostomie *pour rétrécissement du cholédoque* (à son embouchure). — *Guérison.*

Mme O..., 40 ans, souffrait depuis plusieurs mois de violentes crises douloureuses dans la région du foie. Les crises furent d'abord assez rares ; puis elles augmentèrent de fréquence et d'intensité, au point de devenir presque quotidiennes. Bien qu'il n'y ait pas eu de symptômes caractéristiques d'ictère, on fut pourtant amené à penser qu'il s'agissait d'une affection des voies biliaires. La malade, ayant à pourvoir à son entretien et à celui de deux enfants, se trouvant hors d'état de travailler, après avoir épuisé tous les moyens médicaux, et s'étant adonné à la morphine, son médecin, M. le Dr Klotz, et moi, nous fûmes d'avis qu'il y avait lieu de procéder à une intervention chirurgicale, que réclamait d'ailleurs la patiente.

Opérations. — 1° *La parotomie exploratrice et massage du cholédoque.* — Le 13 novembre 1890, je pratiquai, en dehors du muscle droit, une incision longitudinale et mis à nu le foie. La vésicule biliaire, dont les parois étaient singulièrement rigides et très distendues « presque en érection », apparut aussitôt dans la plaie. Elle était pleine de liquide, mais *modérément dilatée*; elle ne contenait pas de calculs. Par contre, en continuant mes recherches, j'en trouvai un qui était fixé dans un des canaux, immédiatement à son embouchure dans un plus volumineux. Pensant avoir devant moi le canal cholédoque et le duodénum et que le calcul s'était arrêté au-devant de l'embouchure du canal dans l'intestin, je repoussai sans grands efforts le calcul dans l'intestin, avec plein succès, à ce qu'il me sembla du moins. Avec la conscience d'avoir rendu à la malade un très précieux service, je terminai cette courte opération en refermant la plaie abdominale.

Suites. — La cicatrisation eut lieu sans accidents; mais je ne trouvai pas, comme je m'y attendais, le calcul dans les déjections de la malade, et, trois semaines plus tard, reparut un accès de coliques. En très peu de temps, les crises, commençant cette fois par de l'ictère et accompagnées de violents frissons, réapparurent avec une fréquence extrême (plusieurs fois par jour) et, par suite de ces douleurs et de l'usage exagéré de la morphine, la patiente déclina d'une façon effrayante. Aussi je me rendis au vœu de la malade et, pensant qu'un calcul que je n'avais pas remarqué avait fait irruption de la vésicule biliaire dans le cholédoque, je me résolus à guérir cette affection définitivement par l'extirpation de la vésicule biliaire.

2° *Cholécystectomie et Cystico-lithotripsie.* — Cette seconde opération fut entreprise le 16 janvier 1891. Après avoir rouvert de nouveau la cicatrice de l'abdomen, je trouvai la situation changée, au point que je constatais des adhérences péritonitiques et de notables indurations entre la face antérieure du foie, la vésicule biliaire, le grand épiploon et l'intestin. La vésicule biliaire était si fortement englobée dans cet ensemble que je ne pus l'isoler qu'à l'aide d'une incision diagonale à travers les téguments abdominaux et que c'est à peine si je pus voir une partie des canaux biliaires. Actuellement encore la vésicule biliaire ne contenait pas de calculs; mais il s'en trouvait un à la même place que lors de ma première opération, et, d'après sa forme et sa taille, c'était indubitablement le même. Voulant voir s'il était mobile, je pus sans peine le repousser dans la direction de cette cavité plus considérable que j'avais prise d'abord pour le duodénum; mais il revenait toutes les fois à sa place primitive. Je reconnus alors que ce que je prenais pour le duodénum était en réalité le canal cholédoque extrêmement dilaté et plus haut le canal hépatique; que, par suite, j'avais, lors de la première opération, repoussé le calcul non dans le duodénum, mais dans le canal cholédoque, et qu'il avait ensuite repris sa place, à la sortie du canal cystique, repoussé peut-être par la pression existant dans le cholédoque. Je ne pus pas trouver tout d'abord la cause de la dilatation du cholédoque et de l'hépatique. De prime abord, je ne pus admettre une obstruction complète de l'ampoule de Vater (fermeture de l'ostium duodénale du canal cholédoque), parce que, si le canal cholédoque était notablement dilaté, ses parois étaient restées lâches et parce qu'il y avait eu avant la première opération, un passage régulier de bile dans le duodénum. Mon intention fut donc de repousser d'abord le calcul de la place qu'il occupait vers l'embouchure du canal cystique, à travers ce canal, dans la vésicule biliaire et d'extirper ensuite cette vésicule, de façon à enlever le calcul et à empêcher qu'il s'en reformât d'autres. Mais je ne pus repousser le calcul dans son entier; il était trop gros pour descendre par le canal cystique. Il ne me restait plus qu'un moyen : le broyer à travers les parois du canal cystique et en repousser les débris dans la direction de la vésicule biliaire.

Ce que je pus faire (*Cystolithotripsie*) pour quelques-uns de ces débris. J'enlevai la vésicule et coupai le cystique, précisément à l'endroit où se trouvait le reste des débris : ce qui correspondait assez exactement à l'endroit où le canal cystique et l'hépatique se rejoignent. Ayant ensuite examiné avec les doigts la région du hile du foie, ce qui ne fut possible qu'après l'ablation de la vésicule biliaire, je trouvai, surprise fort désagréable, un second calcul de la même taille immédiatement à l'entrée du foie, que je pus facilement pousser en avant. Je remarquai en même temps que le canal cholédoque, jusque-là très lâche, se remplissait à vue d'œil et se tendait comme une saucisse, sans doute parce que le mouvement imprimé au calcul rendait libre passage à la bile, et que, à l'endroit où le canal cystique était ligaturé, bien que cette ligature fut double et assurée par une petite suture, du liquide biliaire était projeté au dehors.

La décision à prendre était épineuse. Si nous nous contentions de ce que nous venions de faire, c'est-à-dire de l'extirpation de la vésicule, nous n'avions pas d'un côté soulagé le malade, car nous laissions avec le cholédoque dilaté un réservoir biliaire où pouvaient se former de nouveaux calculs, et, d'un autre côté, nous exposions le malade au danger très grave d'une irruption de bile par la ligature du cystique. Il ne nous restait donc qu'un moyen : 1° essayer de broyer le calcul par percussion dans le cholédoque; 2° établir une communication sûre et fonctionnant bien entre le cholédoque et le duodénum.

3° Le premier point réussit sans peine (*cholédocholithotripsie*). Le second était très difficile, parce qu'il fallait entreprendre l'ouverture du cholédoque et du duodénum dans la profondeur de la cavité abdominale. Mais, vu le caractère impérieux des indications, je m'y résolus cependant.

4° *Cholédocho-duodénostomie.* — J'isolai le duodénum et maintins repoussées les matières intestinales entre mes doigts qui comprimaient le duodénum des deux côtés ; puis j'établis une rangée de sutures séreuses entre le cholédoque et le duo-

(1) Sprenger (de Dresde). — *Ueber einen Fall von Extirpation der Glasenblase mit Annegung einer Communication zwischen Ductus Choledocus und Duodenum*; in *Verhandlungen.....*, p. 132-138, 1891. — [*Traduction* : I. B. S.].

(2) Cette date est celle de la cholédocho-duodénostomie.

dénum. Alors j'ouvris par deux incisions rapides le duodénum et le cholédoque, prenant bien garde d'enlever immédiatement toute trace du contenu intestinal, tandis que je laissais sans crainte la bile couler dans la cavité abdominale. Enfin, je fis la suture de la muqueuse et établis une fistule par une rangée de sutures séreuses sur le devant. M'étant convaincu, à ma grande satisfaction, que le cholédoque redevenu lâche ne s'était pas rempli une seconde fois, je désinfectai aussi soigneusement que possible le champ opératoire et fermai la plaie abdominale, sans la drainer.

Suites. — La guérison fut absolument parfaite. Pas trace de fièvre; les accès cessèrent complètement aussitôt après l'opération et n'ont pas reparu depuis, bien qu'elle date de trois mois. Le malade a augmenté de dix à douze livres, n'a plus recours à la morphine et se porte bien à tous les points de vue.

M. Sprengel incline à penser qu'il s'agit là d'une sténose du cholédoque à son embouchure dans le duodénum; mais il n'a pu la découvrir. Peut-être, ajoute-t-il, un petit calcul oblitérait-il en partie le canal au niveau de l'embouchure? En tout cas, il ne peut préciser.

Considérations anatomo-physiologiques sur cette opération. — En se plaçant au point de vue de l'anatomie normale, on a dit, — et avec raison —, que cette opération devait être d'une exécution délicate, non seulement à cause de la dimension du cholédoque, mais aussi par suite de la situation très profonde de ce conduit, si pénible déjà à atteindre lors de la cholédochotomie, et de la difficulté d'exploration de la région qu'il occupe. Cela n'est certes point discutable. Mais, allant plus loin, on a ajouté que la possibilité de son abouchement dans l'intestin restait douteuse pour les cas ordinaires de dilatation cholédochienne en amont de l'obstacle. Ici l'objection ne porte pas, en présence des faits de Riedel, de Kocher et de Sprengel, où l'augmentation de calibre du conduit n'avait rien de colossal et où cependant on a pu exécuter les manœuvres opératoires les plus difficiles, c'est-à-dire les sutures.

En tout cas, il suffit de savoir que, pour que l'on puisse songer à une intervention de ce genre, il faut que la dilatation ait acquis des dimensions moyennes. Et peut-être même n'est-il nullement besoin d'avoir un cholédoque du volume d'une anse d'intestin grêle, comme dans le cas de Sprengel, pour pouvoir réaliser cet abouchement, que l'on ait ou non recours, mettant à profit les recherches de Murphy sur la cholécystentérostomie, ou de Bovri sur l'uretère, à un bouton anastomotique, dont la mise en place est relativement plus aisée que le passage des fils de sutures.

Manuel opératoire. — Il est à peine besoin d'insister sur le manuel opératoire de cette intervention, qu'on n'a en somme eu l'occasion de pratiquer que deux fois jusqu'à présent. Ce qu'il importe seulement de faire remarquer, c'est que, sur un cholédoque suffisamment dilaté, l'abouchement par les procédés anciens n'est pas extraordinairement délicat; il est pénible, comme l'ont signalé Riedel et Sprengel, mais parfaitement possible. Cet auteur, comme Riedel, a opéré comme pour une cholécystoduodénostomie, et, le cas échéant, il n'y aurait qu'à suivre l'un ou l'autre de ces exemples. Il est évident, en effet, que, là encore, l'anastomose doit, toutes les fois que cela est possible, être établie sur le duodénum.

On doit donc à Riedel la première *cholédocho-duodénostomie.* Il procéda de la façon suivante :

a) Incision première Procédé de Riedel). — Après avoir incisé le cholédoque dans le but de faire une cholédochotomie, il sutura les bords de la plaie cholédochienne à ceux d'une incision faite sur le duodénum.

b) Suture première (Procédé de Sprengel). — Par l'incision abdominale qui lui avait servi à extirper la vésicule biliaire, ce chirurgien isola le duodénum et refoula avec les doigts le contenu intestinal, pour l'empêcher de s'échapper ultérieurement au dehors. Il plaça une série de sutures séro-séreuses entre le cholédoque et le duodénum et ouvrit alors rapidement, à l'aide de deux petites incisions, ces deux conduits. Il eut soin d'obturer la plaie intestinale, mais laissa tomber sans crainte de la bile dans la cavité abdominale. Une suture continue fut d'abord placée autour des orifices et l'abouchement fut terminé par une série de nouvelles sutures séro-séreuses.

c) Greffe du cholédoque (Procédé de Riedel-Czerny). — Czerny (de Heidelberg) a proposé à nouveau en quelques mots en 1892 (1) le procédé de cholédocho-entérostomie, auquel avait déjà songé Riedel dès 1888 et qui d'après lui pourrait s'appliquer à un *cholédoque non dilaté*; mais il n'est pas très explicite sur cette méthode rejetée par Riedel. D'ailleurs, comme il l'a dit avec raison, il ne s'agit là que de chirurgie de l'avenir.

Il a résumé ainsi ce procédé : préparer le cholédoque d'une façon suffisante; le sectionner au moment où il disparaît derrière le duodénum et enfoncer ce conduit dans une petite ouverture faite à l'intestin.

Riedel et Czerny font allusion en somme à une opération qui a été tentée récemment avec succès pour l'uretère (*Urétérocystonéostomie*, *urétropyélonéostomie*), mais qui ne paraît pas jusqu'ici supérieure à la cholédocho-duodénostomie ordinaire. D'ailleurs, elle n'a pas encore été mise à exécution.

d) Autres procédés. — Il est indispensable de faire remarquer que tous les procédés connus de cholécystentérostomie peuvent s'appliquer à cette opération; mais nous croyons inutile de revenir sur chacun d'entre eux. Nous nous bornons à faire une mention particulière pour la *méthode de Murphy.* Il est, en effet, évident qu'avec un bouton suffisamment petit, analogue à ceux qui servent à l'uretéro-anastomose (Bovri), on pourra réaliser sur un cholédoque modérément dilaté une cholédocho-entérostomie, là où on aurait échoué avec le procédé classique des sutures.

Indications.— On n'a jusqu'ici eu recours avec succès à cette opération que pour un rétrécissement probablement cicatriciel de la partie juxta-duodénale du cholédoque (c'est du moins le seul diagnostic probable dans le cas de Sprengel), la vésicule du fiel, enlevée au préalable, n'ayant pu être utilisée pour l'entéro-anastomose biliaire. Mais il est évident que, dans des conditions analogues, on pourrait y songer si un obstacle quelconque, impossible à enlever, siégeait à l'origine du cholédoque.

Cet obstacle peut être: 1° un ou plusieurs *calculs biliaires*, comme dans l'observation de Kocher; 2° une *tumeur* du cholédoque et de l'ampoule de Vater; 3° une sténose du cholédoque, par exemple un rétrécissement cicatriciel, consécutif à une angiocholite calculeuse ou autre, comme on peut l'admettre pour le cas de Sprengel; 4° un corps étranger intracanaliculaire.

Nous avons vu que, pour que la cholédocho-entérostomie fût anatomiquement possible, il fallait qu'il se soit développé un obstacle très sérieux au cours de bile dans le conduit biliaire principal ayant amené une rétro-dilatation assez considérable de ce canal; mais, pour qu'elle soit indiquée, il faut en outre :

(1) Czerny. — *Ueber den gegenwærtigen Stand der Gallenblasen Chirurgie*; in *Wiener. medizin. Blætter*, n° 24, 16 juin 1892, p. 377-380.

1° Que la cholécysto-entérostomie soit impossible à pratiquer, soit parce que la vésicule a été antérieurement extirpée (cas de Sprengel), soit parce qu'elle n'existe plus qu'à l'état de vestige, qu'à l'état de dilatation trop rudimentaire (comme cela se voit souvent dans les calculs du cholédoque) pour que son abouchement soit praticable.

2° Qu'il soit impossible d'enlever l'obstacle et de rétablir le cours de la bile soit par la cholédocholithotripsie simple, soit par la cholédochotomie, soit même par la duodénotomie. Ces deux dernières opérations, au moins dans le cas de calculs, sont vraiment radicales, au lieu d'être palliatives, ou du moins indirectement curatives, et d'ailleurs d'une exécution plus facile.

Nous ne parlons pas ici de la cholédochostomie, car cette intervention, qui ne peut se faire que dans les mêmes circonstances que la cholédocho-entérostomie, n'est, comme elle, qu'une opération purement palliative, et qui plus est, bien plus mauvaise, puisqu'elle crée une infirmité, dont il faut plus tard se débarrasser à n'importe quel prix.

Or, dans de telles conditions, on comprend aisément combien vont devenir rares les indications de la cholédocho-entérostomie. Il sera bien exceptionnel désormais, en effet, de ne pouvoir enlever un calcul du cholédoque, si enclavé soit-il, soit par l'incision directe de ce conduit, soit par celle de son orifice, pratiquée par l'intérieur du duodénum.

Resteront donc seuls les cas de rétrécissement, cicatriciel ou autre, du cholédoque, s'accompagnant d'atrophie notable de la vésicule pour lequel l'opération peut être radicale. Mais il est inutile de faire remarquer qu'ils sont des plus rares. Ne sait-on pas, en effet, que presque toujours dans ces circonstances il y a dilatation notable de la vésicule : ce qui rend possible la cholécystentérostomie, opération infiniment plus facile.

Quel avenir peut donc bien présenter une telle opération ? Si nous n'avions pas eu à notre disposition des interventions, aussi peu graves et aussi radicales que la cholédocho-entérostomie que nous avons énumérées, on aurait peut être pu prédire, pour les cas bien déterminés sur lesquels nous avons insisté, un certain succès à cette anastomose. Mais, à l'heure actuelle, son rôle semble devoir être de plus en plus effacé, pour ne pas dire nul, et ses indications, déjà exceptionnelles, diminueront certainement chaque jour.

Aujourd'hui, d'ailleurs, on ne la tenterait plus dans un cas analogue à celui de Kocher, ni peut-être même chez un sujet présentant les mêmes lésions que celui de Sprengel. N'est-ce pas là avouer implicitement que cette intervention de transition menace fortement de devenir fossile? Mais, plutôt que d'être prophète de malheur, ajoutons seulement que jusqu'aujourd'hui les faits manquent, qu'eux seuls permettront d'élucider un jour le problème, et que ce n'est pas sur une seule observation qu'il est raisonnable et juste de juger une opération, surtout lorsqu'elle a des indications aussi spéciales que celle dont nous venons d'esquisser la curieuse histoire.

A suivre.

Association des Dames françaises en Belgique. — Un comité de l'Association des dames françaises de la Croix-Rouge, vient d'être fondé à Bruxelles, sous la présidence d'honneur du ministre de France et de Mme de Montholon. L'inauguration en sera faite le 8 juin prochain, dans les salons Erards. Le Dr Duchaussoy, fondateur de l'œuvre, y fera une conférence pour expliquer le but et le fonctionnement de l'Association.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Modification des attributions du professeur de clinique mentale et de son chef de clinique.

L'arrêté ministériel du 8 octobre 1879 relatif à l'« *Établissement d'un cours clinique et de pathologie mentale à l'Asile de Sainte-Anne et à la nomination d'un médecin-adjoint à cet asile* », avait créé une situation sans précédent, tout à fait anormale et pour le professeur et pour le chef de clinique. Voici comment cet arrêté fixait leur situation réciproque.

Art. 2. — Le Pr Ball, titulaire de ladite chaire, *remplira les fonctions de médecin en chef* du service de la clinique.

Art. 3. — M. le Pr Ball ne sera tenu ni à la résidence, ni à l'accomplissement des obligations imposées par les articles 8, 11, 12, 14, 18, 20 et 41 de la loi de 1838 et par les articles 5, 8 et 9 de l'ordonnance du 18 décembre 1839 ; il sera assisté, à cet effet, d'un médecin-adjoint résident, *qui sera substitué au professeur en ce qui concerne les obligations et la responsabilité dévolues au médecin en chef. Ces fonctions pourront être confiées au chef de clinique nommé au concours par la Faculté de Médecine.*

Ainsi l'article 2 nommait le professeur médecin en chef et l'article 3 déchargeait ce professeur des attributions du médecin en chef pour les confier à son subordonné, le chef de clinique. Pourquoi cette substitution ? C'est que M. Ball voulait, tout en étant professeur de clinique à l'Asile Sainte-Anne, rester médecin des hôpitaux, conserver son service de l'hôpital Laënnec. Continuons notre citation.

Art. 4. — Les chefs de clinique qui rempliront pendant la durée de leur exercice les fonctions de médecin-adjoint, devront être investis desdites fonctions par arrêté spécial du Ministre de l'Intérieur.

Art. 5. — Comme médecin-adjoint, le chef de clinique remplira, sous sa responsabilité, dans la section de l'asile Sainte-Anne, affectée à la clinique, toutes les obligations imposées au médecin en chef par la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 10 décembre 1839. Par voie de conséquence, *le chef de clinique jouira également des avantages en argent et en nature alloués aux médecins-adjoints* par le décret susvisé du 4 février 1875.

Nous venons de voir que, en vertu de l'article 3, le chef de clinique était le médecin en chef du professeur. Il y avait encore pire. La preuve en est fournie pa l'article suivant.

Art. 6. — En cas d'absence autorisée du chef de clinique, le *premier aide*, s'il est docteur en médecine, remplira par intérim les fonctions de médecin-adjoint et sera substitué, pendant la durée de l'intérim, à l'adjoint titulaire, aussi bien en ce qui touche les obligations légales que les bénéfices attachés à l'emploi.

Nous avons combattu dans le temps, ici même et au Conseil général, cette singulière organisation : l'anomalie — qu'on n'aurait pas dû tolérer — d'un médecin ayant un service à l'hôpital Laënnec et un autre à l'Asile Sainte-Anne ; — l'abandon par le professeur de ses prérogatives de médecin en chef à son chef de clinique qui, s'il le voulait, en sa qualité de chef de service, pouvait recevoir ou refuser, maintenir ou renvoyer les malades à sa guise sans l'avis du professeur, nos supérieur au point de vue de l'enseignement. Nous avons fait ressortir aussi le surcroît de dépenses occasionné, non pas à la Faculté, mais au département de la Seine,

par l'attribution des fonctions de médecin-adjoint au chef de clinique : traitement de 2.500 fr. ; logement, chauffage, éclairage. Enfin nous avons signalé ce qu'avait d'irrégulier le maintien dans les asiles, sans avoir subi le concours de l'adjuvat incontestablement plus difficile que celui du clinicat, des chefs de clinique mentale arrivés à la fin de leurs fonctions : nulle part ailleurs un chef de clinique ne devient directement médecin des hôpitaux.

Notre ami le Pr Joffroy n'a pas voulu tolérer une subordination aussi bizarre et qui peut devenir humiliante. Il a demandé, avec juste raison, à rentrer dans l'ordre logique, à être le médecin chef de service, de son propre service, comme le sont, dans les hôpitaux, ses collègues professeurs de clinique, et il a provoqué un arrêté du Ministre de l'Intérieur que nous résumons :

Le professeur titulaire de la clinique des maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne remplira les fonctions médicales et administratives de médecin en chef. Il sera tenu à l'accomplissement des obligations imposées par la loi du 30 juin de 1838 et par l'ordonnance du 18 décembre 1839.

Une indemnité égale à celle allouée au médecin du quartier des aliénés de la Salpêtrière sera accordée au professeur de la clinique comme médecin en chef d'un service public d'aliénés. En cas d'absence ou d'empêchement du professeur, le chef de clinique remplira les obligations imposées au médecin en chef du service ; il recevra une indemnité annuelle de 1,200 fr. Dans le cas d'absence simultanée du professeur et du chef de clinique, le chef de clinique adjoint remplira par intérim les fonctions dévolues au médecin en chef.

Quand une affaire a été mal embarquée et qu'on la remet en état, il est rare qu'il ne reste pas quelqu'une des irrégularités de la première mise en marche : pourquoi une indemnité de 1.200 fr. au chef de clinique pour remplacer le professeur, médecin en chef, pendant ses trois mois de vacances ? Est-ce que les chefs de clinique qui, dans les mêmes circonstances, remplacent leur chef, ont une semblable indemnité ? Mais c'est là un détail. Nous n'insistons pas. Cette générosité rendra service à un travailleur.

Cette nouvelle organisation aura un autre avantage. Après les chefs de clinique actuels de M. Joffroy, pour lesquels le récent arrêté ne peut avoir légitimement d'effet rétroactif, les chefs de clinique de la chaire des maladies mentales, s'ils veulent suivre la carrière des asiles, devront prendre part au concours de l'adjuvat des asiles, de même que les chefs de clinique de la Salpêtrière, de l'Hôtel-Dieu, etc., etc., doivent concourir de nouveau, s'ils veulent être médecins des hôpitaux.

BOURNEVILLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LEIPZIG. — M. le Dr M. SIEGFRIED est nommé professeur extraodinaire de chimie physiologique.

UNE CENTENAIRE. — La commune de Déville-lès-Rouen a célébré le centenaire d'une de ses habitantes, Mme veuve Couvray, née le 24 floréal an V de la République (13 mai 1797). Malgré ses cent ans bien révolus, Mme Couvray a gardé toutes ses facultés ; elle se plaît à raconter ses souvenirs d'enfance, notamment la visite dans l'usine où elle travaillait de Napoléon et de Marie-Louise ; ce fut elle qui fut chargée de remettre un bouquet à l'impératrice, et il faut voir avec quelle joie elle rappelle les divers incidents de cette visite. Elle s'est montrée très touchée des nombreuses marques de sympathie qui lui ont été données de toutes parts ; on l'a promenée dans tout le pays en landau, assise aux côtés du maire ; on lui a offert un bouquet colossal et elle a ouvert le bal avec une agilité qu'on n'aurait jamais soupçonnée chez elle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 mai 1897.

Troubles trophiques consécutifs à la section des racines postérieures médullaires.

M. MORAT attire l'attention sur les phénomènes de l'ordre *trophique* qui se produisent dans le champ de distribution des racines postérieures médullaires. « Sur la face plantaire des orteils du membre correspondant aux racines sectionnées entre le ganglion et la moelle apparaissent, après un temps variable, des ulcérations qui vont grandissant en largeur et en profondeur ; il y a chute des poils, chute des ongles, épaississement des os, infiltration et induration du derme et du tissu conjonctif sous-cutané. Ces lésions rappellent celles du mal perforant du pied. » Pour interpréter ces troubles, M. Morat admet l'existence de nerfs centrifuges commandant directement aux tissus de la peau et gouvernant, sans appareil intermédiaire, le mécanisme encore si peu connu de la fonction de ceux-ci, nerfs dont la paralysie amène à la longue. l'altération de structure de ces tissus, comme celle des nerfs moteurs entraîne celle des muscles correspondants. Ce sont simplement des nerfs fonctionnels qui étendent le champ d'action du système nerveux à des éléments anatomiques que l'on suppose, sans raison bien valable, devoir lui être soustraite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 mai 1897. — PRÉSIDENCE DE M. GIARD.

M. NETTER a inoculé dans le péritoine de jeunes cobayes de l'eau stérilisée contenant en suspension *des poussières recueillies sur les murs d'une salle d'hôpital*. Il a obtenu dans deux cas une pleuro-péritonite purulente à pneumocoques, avec microbes extrêmement virulents. Ce fait vient à l'appui de ceux, déjà connus, qui montrent que les crachats desséchés des pneumoniques conservent leur virulence.

M. ARLOING a continué ses études sur la *toxicité des sueurs*. Il a établi que la courbe de cette toxicité était superposable à celle de la toxicité urinaire chez le même sujet, et qu'elle augmentait après le travail ou la fatigue.

M. PHISALIX a trouvé que le *sérum du sang de la salamandre*, animal pourvu de nombreuses glandes à venin, immunisait la grenouille d'une façon assez sensible pour le curare. Ces résultats paraissent s'étendre aux animaux à sang chaud tels que le cobaye.

M. LANGLOIS. — Sur l'*action vaso-motrice de l'extrait de capsules surrénales*. — Cette action est très passagère, trois ou quatre minutes au maximum. Elle peut être prolongée quand on soumet l'animal au froid, c'est-à-dire quand on ralentit ses oxydations.

M. FÉRÉ a étudié *l'action de l'atropine chez les oiseaux* et a constaté qu'elle était extrêmement variable suivant les espèces et même suivant les individus d'une même espèce.

M. KOCHS adresse une communication sur *les retards que peuvent subir les cultures* du bacille de Lœffler ; retards qui peuvent empêcher d'obtenir un diagnostic ferme en dix-huit ou vingt heures.

M. LUYS expose les résultats qui lui a donnés la photographie du regard humain. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU

Les sténoses pyloriques.

M. A. ROBIN pense que la sténose du pylore, qui semble jouer dans la maladie de Reichmann un rôle si important, est le plus souvent d'origine spasmodique. Les obstacles

d'origine mécanique sont plus rares. L'hypersécrétion chlorhydrique est la cause de ce spasme et non, comme le croit M. Hayem, la conséquence de la sténose. Ce rôle de l'hyperchlorhydrie dans la production du spasme, rôle si important pour le traitement, est démontré par une série de preuves cliniques, spasme pharyngé au moment des régurgitations acides, douleur localisée au niveau de la région pylorique dans l'hypersthénie gastrique, cessation de la distension gastrique avec l'hyperacidité, quand celle-ci est périodique. Enfin, sur 61 opérations faites par M. Doyen pour des sténoses non cancéreuses du pylore, il n'y avait que 15 cas de sténose vraie; 46 malades étaient atteints de contracture spasmodique simple. — Si l'on admet que cette contracture est la conséquence de l'hyperacidité, on conçoit l'utilité que peut avoir le traitement médical.

M. Hayem ne regarde pas les faits présentés par M. Robin comme relevant du syndrome de Reichmann. En se tenant strictement à la description même de Reichmann, on peut dire qu'il y a toujours sténose pylorique. Il est, pour le diagnostic, indispensable d'avoir pratiqué l'évacuation de l'estomac à jeun.

M. Debove attire l'attention sur les deux périodes de la gastrosuccorrhée, gastrosuccorrhée simple où le malade guérit, gastrosuccorrhée avec dilatation où le malade meurt à longue échéance, mais meurt de quelque affection intercurrente, si la chirurgie n'intervient pas. Il insiste sur l'existence du spasme simple du pylore. Le traitement médical mérite donc de garder sa place d'autant que l'opération est toujours un peu aléatoire comme résultats, même dans les cas les plus indiqués.

Autorisation de sérums.

M. Nocard lit un rapport autorisant divers sérums, en particulier du sérum d'âne sain, divers liquides organiques préparés suivant la méthode de Brown-Séquard et, tout en faisant des réserves sur son efficacité, la nouvelle tuberculine de Koch.

Fistules latérales après l'uranostaphylorraphie.

M. Ehrmann (de Mulhouse) étudie la technique du traitement de ces fistules. Leurs principales causes sont la longueur exagérée des incisions libératrices et la cicatrisation prématurée de l'une des incisions.

Microphonographe perfectionné.

M. Laborde présente ce nouvel instrument dû à M. Berthon et qui pourra utilement servir à l'éducation des sourds-muets. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mai 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur.

M. Reboul adresse deux observations d'ostéomyélite à évolution très rapide du maxillaire inférieur. Le séquestre était considérable et la réparation néanmoins se fit avec grande rapidité.

Redressement du mal de Pott.

M. Brun, de la part de M. Civel (de Brest), montre des pièces anatomiques. La malade est morte de broncho-pneumonie au bout de six semaines.

Traitement de la coxalgie.

M. Kirmisson. — M. Ménard nous a apporté une étude des moyens conservateurs appliqués à la coxalgie et principalement aux abcès dus à la coxalgie. On a reproché à la méthode conservatrice la longue durée du traitement. L'immobilisation est beaucoup mieux supportée par les enfants que par les adultes. Aussi est-ce à cette méthode qu'il faut recourir chez eux. On peut examiner ce traitement aux trois phases de la coxalgie : *sans abcès, avec abcès et avec lésions osseuses et fistules.* M. Ménard propose des résections économiques et poursuit toutes les fongosités tuberculeuses, en employant le mot de curettage intégral. On est même conduit à des opérations très importantes, qui peuvent cependant être suivies de récidives. Les opérations économiques peuvent être suivies des meilleurs résultats. Aussi M. Kirmisson est-il partisan des opérations aussi minimes que possibles, surtout dans la chirurgie des enfants.

M. Reclus. — Cette discussion va mettre en question tout le traitement des tuberculoses. Je ne veux relever qu'un point, c'est l'aggravation des tuberculeux par le traumatisme. Je tiens d'une conversation avec M. Lannelongue que sa statistique après opération chez les tuberculeux ne donnait pas plus de méningites que chez les tuberculeux auxquels on ne touchait pas.

Fractures doubles de rotule.

M. Lejars. — Elles sont peut-être moins rares que Chaput n'a semblé le dire. Un cas : camionneur ayant une double fracture, avec gros épanchement. Cerclage des deux côtés. Le malade guérit très bien, il y a un an et demi. Le malade a été revu et marche comme avant. Le cerclage a paru présenter une grande facilité d'exécution. L'indication un peu spéciale du cerclage est la présence d'un tout petit fragment inférieur. J'ai eu l'occasion d'en voir un cas où le petit fragment n'avait pas plus de 1 centimètre de haut et le perforateur l'aurait certainement fait éclater. Au douzième jour la réunion était complète, et au vingt-cinquième jour il descendait son escalier. Une fracture comminutive à fragments multiples indique encore le cerclage. De plus on peut combiner le cerclage avec la réunion du périoste et des ailerons et du tissu fibreux péri et prérotulien. L'opération ne sert pas seulement à réunir les fragments mais encore à vider le sang intra-articulaire.

MM. Verchère et Lacaille. — *Ostéo-sarcome pédiculé périostique du tibia. Ablation de la tumeur. Guérison. Photographies de Rœntgen avant et après l'intervention montrant l'indépendance de la tumeur.*

M. Walther présente un malade atteint d'*arrachement du tendon du triceps au niveau de la rotule. Suture. Guérison.*

MM. Routier et Monod citent deux observations où, sans intervention, la consolidation naturelle se fit parfaitement.

MM. Chaput et Championnière pensent que l'intervention n'est pas inutile.

M. Gérard-Marchant présente un malade, au bout de cinq ans, atteint d'un *ostéo-sarcome du maxillaire inférieur, ayant envahi le maxillaire supérieur. Résection de la mâchoire inférieure et d'une partie de la supérieure. Guérison.*

M. Chaput présente, au bout de trois ans, un cas de *fracture de rotule. Suture périostique. Guérison.*

M. Peyrot. — Il faut se méfier de ces fractures suturées par le périoste. Elles sont exposées à se fracturer de nouveau.

M. J.-L. Faure présente un cas d'*épithélioma du plancher de la bouche. Dédoublement de l'arc maxillaire. Guérison.*

M. Guinard insiste sur un cas de *coup de pied de cheval. Rupture du foie. Suture. Guérison.* M. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 mai 1897. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. Camescasse prend la parole à propos de l'*émail sans plomb* pour les poteries communes : cet émail se compose d'argile desséchée, d'acide borique, de carbonate de soude et de chaux.

M. Gérardin. — *L'odeur à Paris.* — L'auteur lit un travail où il résume les recherches qui ont été faites à ce sujet.

M. Armaingaud. — *Cours d'hygiène d'arrondissement à Paris.*— Ces cours seront commencés l'année prochaine et seront destinés à propager les notions d'hygiène.

M. Lepage. — *Note sur l'allaitement maternel.* — L'auteur insiste sur la nécessité de l'allaitement par la mère. Il est exceptionnel qu'une femme n'ait pas de lait; avec de la patience la femme arrive presque toujours à avoir du lait. L'enfant sera mis au sein et ne prendra que le sein; on n'oubliera pas que la femme qui allaite pour la première fois n'a sa montée laiteuse qu'à la soixante-quatorzième heure, tandis que la femme qui a déjà allaité a sa montée laiteuse à la cinquante-sixième heure.

En attendant la montée complète il est inutile de donner à l'enfant du lait, si l'état général de l'enfant est satisfaisant. En somme une femme qui a déjà allaité est meilleure nourrice. A partir de quel jour le nouveau-né commence-t-il à augmenter? C'est au troisième jour en général que l'augmentation de poids se fait. Dans une statistique récente, sur 553 femmes, 533 ont pu nourrir leur enfant. En résumé, 94 0/0 des femmes ont pu élever leur enfant avec leur propre lait. On ne doit recourir à l'allaitement artificiel que lorsque la mère présente une tare.

Discussion du mémoire de M. BERTILLON sur la *puériculture à bon marché*. — MM. LEDÉ, LEPAGE, BERTILLON et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE prennent part à la discussion.

MARTHA.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance de mai 1897.

M. PICHEVIN présente un *fibrome utérin, enlevé par la voie abdominale*. Il a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de M. Richelot; il insiste sur la facilité et les suites de cette opération.

M. DOLÉRIS fait remarquer qu'il s'agissait là, à cause de la forme de la tumeur, d'un cas favorable. Lorsque le fibrome dédouble les ligaments larges il n'est pas toujours facile d'enlever l'utérus et les fibromes, de faire l'hystérectomie abdominale totale. Il est préférable de se contenter de l'hystérectomie intra-vaginale de Schrœder, opération qui donne de meilleurs résultats que l'abdominale totale, qui a encore une mortalité assez élevée.

M. RICHELOT fait remarquer qu'une fois les fibromes enlevés, il n'est pas plus difficile d'enlever l'utérus que de confectionner un moignon avec le bout du col que l'on veut laisser. L'hystérectomie totale lui a donné de bons résultats. De plus, à mortalité égale, il reste des inconvénients inhérents au pédicule: suppuration, perforation de l'intestin, fistules stercorales. Dans certains cas, il a dû enlever par la suite le moignon qu'il avait laissé.

M. MAYGRIER. — *Grossesse gémellaire univitelline.* — Le placenta n'a pas été injecté; mais il est facile de reconnaître qu'il existe des anastomoses d'artère à artère. L'accouchement a eu lieu avant terme; les deux enfants sont morts. L'un était transfuseur de l'autre. Le fœtus transfusé était plus lourd que le fœtus transfuseur; son cœur était aussi hypertrophié. Ici le transfusé a profité des anastomoses existant entre les deux placentas.

M. PORAK. — *Grossesse gémellaire à circulation dépendante.* — Schatz a insisté dans les grossesses univitellines sur leur caractère particulier de présenter des anastomoses vasculaires interplacentaires. M. Porak pense que la différence de poids des jumeaux vient de leur âge différent dans le cas de grossesse bivitelline, des communications vasculaires lorsque leur âge est identique. En dehors des grossesses univitellines, l'âge des jumeaux peut être le même lorsque les ovules sont issus d'une même vésicule de de Graaf, c'est-à-dire lorsque la grossesse gémellaire est univésiculaire. Les grossesses univitellines ou univésiculaires sont rares. M. Porak en a observé un cas remarquable, qui diffère de l'observation de M. Maygrier, en ce sens que le fœtus transfusé, loin de bénéficier de l'excès de sang reçu, est mort asystolique, le cœur ne pouvant suffire au surcroît de travail qui lui était imposé. Il s'agissait d'une grossesse univitelline, parce que la cloison de séparation des œufs n'était constituée que par deux amnios. Les deux enfants sont du sexe féminin. La grossesse a été interrompue au septième mois et demi. Le fœtus transfuseur pèse 1.200 gr., a vécu quelques heures, son cœur 10 gr. 50, rouge, en systole, le foie 43 gr. Le placenta est mince, petit, relativement sec. Le fœtus transfusé, mort en naissant, est en état d'asystolie, pèse 980 gr. Hydramnios, ascite, œdème généralisé sous-cutané, hydrothorax, hydropéricarde, œdème considérable du placenta. L'injection des vaisseaux placentaires n'a que partiellement réussi. Cœur 13 gr. 50, pâle, mou, en diastole, foie 75 gr. Les grossesses gémellaires à circulation dépendante sont une cause très fréquente d'accouchement prématuré et d'avortement. Lorsque l'un des enfants succombe avant le quatrième ou le cinquième mois, il peut rester dans l'utérus et devenir fœtus papyraceus. La cause de la mort du fœtus provient certainement d'anastomoses des gros vaisseaux placentaires qui établissent la prépondérance marquée d'un fœtus sur l'autre, en particulier d'anastomoses à la fois d'artère à artère et de veine à veine. Lorsque ces anastomoses existent, le partage du placenta à peu près égal entre les deux fœtus ne semble pas possible. Suivant la part qui appartient au fœtus le plus faible, ses conditions de vitalité se trouvent compromises. Par une transition insensible, on constate tous les intermédiaires entre le fœtus papyraceus et les différentes variétés de monstruosités omphalosites. Les fœtus pourvus de tous leurs organes, bien constitués, ne peuvent pas vivre; ils deviennent fœtus papyraceus. L'auteur en relate trois observations, dont deux personnelles. Il s'agissait de grossesses univitellines. Les fœtus dont le cœur n'est qu'à l'état de vestige ou n'existe pas du tout, peuvent vivre à côté du fœtus bien constitué, mais à condition d'en être le parasite, c'est la monstruosité omphalosite. Aussi semble-t-il rationnel de classer les monstres omphalosites: paracéphale, acéphale, anideus, d'après la structure de leur cœur et non d'après leur apparence extérieure.

M. DOLÉRIS. — *Traitement de l'avortement incomplet.* — L'auteur est partisan de la délivrance hâtive à l'aide de la pince à faux germe qu'il a fait construire, curette qu'il préfère à la méthode digitale. Pour lui, l'emploi de la curette n'offre aucun danger, lorsqu'il s'agit d'évacuer l'utérus d'un délivre ou de débris placentaires après plusieurs jours de rétention et alors que le stroma utérin, déjà revenu sur lui-même et suffisamment tassé, oppose un plan résistant et solide à l'effort instrumental.

REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. LIRMIN-LIPMAN.

La cession d'une clientèle de médecin est-elle illicite?

Parmi les questions qui intéressent le corps médical, il en est une qui a souvent occupé les tribunaux et donné lieu à de nombreuses décisions de jurisprudence, c'est la cession d'une clientèle faite par un médecin à son confrère. Pour les personnes étrangères au droit, la réponse à la question que nous avons posée plus haut vient naturellement sur les lèvres. Qu'est-ce qui empêche un médecin de céder sa clientèle à un autre médecin et de prendre vis-à-vis de lui des engagements, comme le ferait toute autre personne dans un contrat ordinaire?

La réponse est moins aisée et les solutions légales plus ardues quand on les rapproche de certaines notions de droit dont nous devons maintenant faire l'exposé. Et tout d'abord, une clientèle de médecin rentre dans cette catégorie de biens que l'on nomme des droits incorporels, parce que n'ayant pas d'existence physique déterminée, on ne peut les comparer aux meubles et immeubles que par une assimilation un peu savante et forcée.

Rien ne s'oppose en principe à ce qu'un droit incorporel fasse l'objet d'une cession comme s'il s'agissait d'un meuble ou d'un immeuble quelconque.

Mais la jurisprudence a invariablement annulé les cessions de clientèle de médecin (sauf quelques rares décisions en sens inverse), comme contraires à l'ordre public (1). Un récent jugement de la 5e chambre du Tribunal civil de la Seine (*Gazette des Tribunaux*, 7 avril 1897), vient à nouveau de confirmer cette jurisprudence.

Il s'agissait d'un médecin qui demandait la nullité de billets souscrits par lui au profit d'un autre médecin à raison de la cession de la clientèle qui lui avait été consentie. Dépité sans doute de ce qu'il n'avait pas retiré du marché tout le bénéfice qu'il en attendait, il arguait de la nullité de l'obligation et

(1) 25 février 1846 (Sirey, 1846, 2-142); — 29 décembre 18[illegible] (S., 1848, 2-64); — Cassation, 12 mai 1885 (S., 1885. 1-440).

se retranchait derrière la vieille jurisprudence aux termes de laquelle une pareille convention est viciée dans sa source comme violant l'ordre public.

Le tribunal, tout en rendant hommage au principe maintes fois proclamé que le vente d'une clientèle de médecin est hors du commerce, arrive cependant à la valider à raison de circonstances de fait particulières à l'affaire, parce que la cession peut être décomposée en une série d'obligations de faire, toutes susceptibles d'exécution (présentation du successeur par le médecin cédant à sa clientèle, promesse faite de s'abstenir de toute concurrence, installation du nouveau confrère dans les locaux occupés par l'ancien).

« Attendu, dit le tribunal, que les parties savaient bien qu'une clientèle de médecin ne peut pas plus se vendre en fait qu'en droit et qu'il s'agissait uniquement de fournir au Dr P... la possibilité de se faire agréer comme successeur du Dr B..., en le faisant installer dans l'appartement de ce dernier et en le présentant à ses clients ; — que ces avantages sont importants et suffisent le plus souvent, quand le successeur réunit les conditions voulues, pour le faire bénéficier d'une clientèle parfois considérable; qu'en droit ils peuvent faire l'objet d'un contrat; — attendu que la seule question à examiner dans l'espèce est donc celle de rechercher si le Dr B... a tenu sur ce point ses engagements; qu'il résulte des documents fournis qu'il a installé le Dr P... dans l'appartement qu'il occupait et où il exerçait sa profession; qu'après lui avoir remis la liste des malades qu'il avait visités ou qui l'avaient consulté, il l'a présenté avant de partir à ses clients les plus importants; — attendu dans ces conditions que le Dr P... ne peut s'en prendre qu'à lui-même, s'il n'a pas réussi auprès de la clientèle de son prédécesseur, et si au bout de deux ans il a dû chercher une position ailleurs, etc. »

La conclusion pratique qu'il faut tirer de cette jurisprudence, c'est que si la cession d'une clientèle do médecin est interdite en principe, elle devient licite et régulière, quand les parties prennent la précaution dans les conventions qu'elles rédigent de la décomposer en une série d'obligations particulières, auxquelles la loi reconnaît une force obligatoire.

Examinons maintenant les arguments de la jurisprudence :

La cession d'une clientèle de médecin est contraire à l'ordre public, parce que la confiance au médecin est personnelle et ne se transmet pas comme une marchandise. Nous ne saurions souscrire à cette manière de voir. D'abord, l'ordre public est une notion contingente et variable qui se transforme avec les époques et ne saurait en conséquence avoir rien de définitif. L'ordre public, menacé aujourd'hui, est en sécurité demain.

L'argument tiré de ce fait que la confiance inspirée par le médecin est personnelle nous touche davantage. Cependant on ne voit pas pourquoi une clientèle de médecin ne serait pas transmissible au même titre qu'une clientèle d'avoué ou de notaire. Le droit de propriété qu'elle engendre est aussi légitime dans notre cas que dans les autres. C'est souvent le produit de longues années de travail et de persévérance. On se trouve en présence d'une situation acquise, dont la transmission mérite récompense. Que cette transmission se fasse aux risques et périls de l'acquéreur, nous ne le contestons pas, mais c'est le droit commun de toutes les cessions.

Si la confiance est personnelle pour les médecins, elle l'est dans beaucoup d'autres professions, et cependant aucune objection n'a jamais été élevée contre les cessions de clientèle que faisaient les titulaires de ces professions.

Quant à la manière dont la cession d'une clientèle de médecin peut s'opérer, rien de plus facile. La présentation du cessionnaire aux familles, le patronage du médecin cédant, l'abstention de toute concurrence sont des faits qui, joints à l'exercice de la profession, constituent aux termes de l'article 1607 du Code Civil une transmission de la clientèle. Mais nous le répétons, la jurisprudence paraît trop décidée à annuler de pareilles cessions pour qu'il soit prudent d'en consentir dans ces conditions, il suffira de dégager les obligations particulières qu'elles renferment pour les transformer en un contrat licite et régulier.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

LE Pr A. CHANTEMESSE
Professeur à la Faculté de Médecine.

Il est de véritables prédestinations scientifiques ; elles se révèlent avec d'autant plus d'énergie qu'elles rencontrent plus d'obstacles et qu'elles sont tenues pour s'affirmer à une plus longue attente. M. le Pr Chantemesse, que la Faculté a désigné pour la chaire de pathologie expérimentale, en est un des meilleurs exemples.

Né au Puy (Haute-Loire) le 13 octobre 1851, M. A. Chantemesse, fils d'un négociant en dentelles, fit ses études au lycée de cette ville en compagnie de MM. Ch. Dupuy et Roux, qui devaient, eux aussi, se placer au premier rang, l'un comme homme politique, l'autre comme savant; tous deux du reste restèrent ses amis. Au sortir du lycée, M. Chantemesse n'eut pas la faculté, comme ses deux camarades, de poursuivre ses études et de s'adonner aux sciences biologiques, qui avaient pour lui un véritable attrait. Son père, homme positif et prudent, se rendant compte des difficultés matérielles que son fils rencontrerait en embrassant la carrière médicale, voulut en faire un négociant comme lui, et M. Chantemesse fut employé de commerce, d'abord au Puy, puis à Paris. A l'âge de 25 ans, M. Chantemesse perdit son père; il sut convaincre sa mère de sa réelle vocation médicale, et, avec son consentement, il put enfin commencer sa médecine. Nous verrons comment il regagna le temps perdu et comment les quelques années de retard apportées dans ses études, loin de lui causer préjudice, lui permirent de les pousser avec une ardeur aussi vive, mais mieux servie par une raison plus mûre. Les années d'études de M. Chantemesse furent du reste une véritable course aux succès.



M. le Pr A. Chantemesse, professeur à la Faculté de Médecine.

Externe des hôpitaux en 1877 à la fin de sa première année de médecine, il était interne en 1879, préparateur de l'Ecole des Hautes-Etudes en 1881, interne lauréat (médaille d'or en 1883. Docteur en 1884, sa thèse intitulée : *Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte. Les formes anormales en particulier*, lui valut une médaille d'argent de la Faculté de Médecine. Un an après, en 1885, au milieu de sa dernière année d'internat, il sortait vainqueur du concours de médecin des hôpitaux. Ses relations avec Roux le firent choisir par Pasteur pour assister le

Pr Grancher dans l'application du traitement de la rage. M. Chantemesse qui, déjà, comme élève du Pr Cornil, avait étudié tout particulièrement l'anatomie pathologique, s'adonna de préférence à la bactériologie. Ses travaux sur la fièvre typhoïde lui valurent le prix Bréant de l'Académie des Sciences en 1888. Après le concours de 1889, il était nommé agrégé de la Faculté de Médecine, le premier de la promotion, et était peu après promu chevalier de la Légion d'honneur. Enfin, en 1897, la Faculté de Médecine de Paris appelait M. Chantemesse à la succession de M. Strauss à la chaire de pathologie expérimentale.

La plupart des travaux de M. Chantemesse ont trait en effet à la bactériologie et à la pathologie expérimentale et comparée. Nous ne pourrions ici que citer les titres d'aussi nombreuses recherches. Néanmoins il nous paraît indispensable d'exposer en quelques lignes le résultat des études qu'il entreprit sur la fièvre typhoïde à laquelle il consacra sans interruption dix ans d'expériences. En 1886, en collaboration avec M. F. Widal, il parvint à démontrer la spécificité du bacille typhique d'Eberth-Gaffky en le distinguant du coli-bacille. Le bacille d'Eberth, en effet, cultivé sur un tube de gélatine, vaccine le milieu et le rend réfractaire à une culture nouvelle du même microbe ; de plus, le bacille d'Eberth ne fait pas fermenter la lactose. M. Chantemesse trouva un procédé d'isolement du bacille typhique en se basant sur sa résistance au pouvoir antiseptique de l'acide phénique. Il établit sur des bases indiscutables que l'origine des épidémies de fièvre typhoïde est dans l'infection de l'eau d'alimentation et réfuta avec succès les nombreuses objections qui lui furent faites. Enfin, dans des expérimentations plus récentes, il est parvenu à isoler la toxine du bacille typhique et il nous réserve sous peu le traitement séro-thérapique de la dothiénentérie.

Les travaux de M. Chantemesse lui donnèrent, parmi les hygiénistes, une place prépondérante. Auditeur au Comité consultatif d'Hygiène de France, en 1887, il fut membre de ce comité en 1892 et inspecteur général adjoint des services sanitaires en 1893. De nombreuses missions scientifiques en France, en Allemagne, en Autriche, en Turquie lui furent officiellement confiées. Ne retenons parmi elles que celle de Turquie, dont Pasteur lui avait donné la direction. Lors de cette mission, M. Chantemesse obtint du Sultan que l'enseignement français, supprimé à l'Ecole de médecine de Constantinople depuis la guerre de 1870 fût rétabli. Ce fut là une grande victoire pacifique pour le prestige moral de la France en Orient, victoire dont on doit être reconnaissant à M. Chantemesse.

Comme professeur agrégé, M. Chantemesse sut se faire une place à part dans le corps enseignant. Nous n'insisterons pas sur les conférences de pathologie qu'il fit de 1891 à 1893 à la Faculté, sur sa suppléance à la clinique de l'Hôtel-Dieu en 1894, mais nous devons lui savoir gré d'avoir organisé sans budget spécial à l'Ecole pratique, dans un laboratoire mis à sa disposition par M. le Pr Cornil, un cours complet de bactériologie, comblant une lacune regrettable dans l'organisation de la Faculté de Médecine de Paris. Les nombreux étudiants, les médecins français et étrangers, les médecins des hôpitaux et les agrégés même qui suivirent ces leçons, montrent jusqu'à quel point on appréciait l'enseignement de M. Chantemesse.

On aurait tort de croire que le nouveau professeur se cantonnait dans les laboratoires. Il ne négligeait pas l'enseignement clinique. Ceux qui comme nous ont eu le grand avantage d'être de ses élèves quand, en 1890, il suppléait à l'Hôtel-Dieu annexe M. le Pr Cornil, savent bien quel est le fruit que l'on retirait de ses leçons. Arrivé le premier dans les salles, M. Chantemesse examinait soigneusement les malades, et, après avoir exigé de ses élèves l'observation complète de chaque nouvel entrant, il prenait la peine de la discuter point par point. Affable avec tous, il acceptait avec une bienveillance inépuisable les objections de chacun, partageant avec son collaborateur, le Dr Widal, alors interne lauréat, la tâche difficile de l'enseignement clinique dont tous ses élèves ont gardé, comme nous, le reconnaissant souvenir. J. Noir.

Titres et travaux scientifiques de M. Chantemesse.

L'eau de Seine et la fièvre typhoïde à Paris (*Acad. de Méd.*, 1887). — Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde (*Arch. de physiologie*, 1887). — Enquête sur les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde de Clermont-Ferrand (En collaboration avec M. Brouardel, *Ann. d'hygiène et de méd légale*, 1887). — Enquête sur les épidémies de fièvre typhoïde des casernes de la marine à Lorient (En collaboration avec M. Brouardel, *Ann. d'hyg. publiq.*, 1887). — La fièvre typhoïde à Lure (1895). — Immunité contre le virus de la fièvre typhoïde (En collaboration avec M. Widal, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1888). — La fièvre typhoïde et l'eau de Seine à Paris (*Soc. méd. des hôp.*, 1889). —De la septicémie typhoïde (En collaboration de M. Widal, 1890). — Combien de temps le bacille de la fièvre typhoïde peut-il vivre dans le corps de l'homme? (*Soc. méd. des hôp.*, 1890). — L'eau et le sol dans la genèse de la fièvre typhoïde (*Soc. méd. des hôp.*, 1891). — La fièvre typhoïde (1891). — Différenciation du bacille typhique et du bactérium coli commune. De la prétendue spontanéité de la fièvre typhoïde (*Bull. médical*, 1891). — Des infections par le coli-bacille (En collaboration avec MM. Widal et Legry, *Soc. méd. des hôp.*, 1891). — Les eaux de Paris et la fièvre typhoïde (*Soc. de méd. publ.*, 1891). — Complications de la fièvre typhoïde dues au coli-bacille (En collaboration avec M. Widal, *Soc. méd. des hôp.*, 1892). — Etude expérimentale sur l'exaltation, l'immunisation et la thérapeutique de l'infection typhique (En collaboration avec M. Widal, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892). — Injections à des typhiques de sérum d'animaux immunisés (en collaboration avec M. Widal, *Soc. méd. des hôp.*, 1893). — Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde. Spécificité clinique et bactériologique de l'ostéomyélite typhique (*Soc. méd. des hôp.*, 1893). — Les huîtres et la fièvre typhoïde (*Académie de Médecine*, 1896). — Sur la toxine typhoïde soluble (*Soc. de Biologie*, 1897). — Le microbe de la dysenterie épidémique (1888). — Une pseudo-tuberculose mycosique (1890). — Etiologie de la pneumonie contagieuse des porcs (*Comptes rendus de l'acad. des Sc.*, 1887). — Sur les propriétés biologiques et l'atténuation du virus de la pneumo-entérite des porcs (*Comptes rendus de l'Acad. des Sc.* 1888). — La pneumo-entérite des porcs (*Journ. de l'anat. et de physiologie*, 1888). — Note sur la pneumonie infectieuse des chevaux (en collaboration avec M. Delamotte (*Société anatomique*, 1888). — Sur l'action des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine (en collaboration avec M. R. Marie, 1892). — La tuberculose zoogléique (1887). — Note sur le bouton du Nil (*An. de l'Ins. Pasteur*, 1887). — L'épidémie cholérique de Constantinople en 1893 (*Semaine médicale*, 1894). — Injections à des typhoïdiques de sérum d'animaux immunisé (*Soc. méd. des Hôp.*, 1893). — Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde (*Soc. méd. des hôpit.*, 1893). — Sur la toxine typhoïde soluble (*Soc. de biologie*, 1897). — Le microbe de la dysenterie épidémique *Acad. de Méd.*, 1880). — Une pseudo-tuberculose mycosique (en collaboration avec MM. Dieulafoy et Widal (1890). — Note sur la pneumonie infectieuse des chevaux (*Soc. anat.*, 1888). — Sur l'action des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine (*Soc. méd. des hôp.*, 1892). — La tuberculose zoogléique (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1887). — L'épidémie cholérique de Lisbonne (*Sem. méd.*, 1894). — La contagion de la lèpre (*Acad. de Médecine*, 1808). — Leçon sur l'infection puerpérale (*Progrès médical*, 1890). — Influences nerveuses envisagées au point de vue des causes et des effets de l'érysipèle (*Soc. méd. des hôp.*, 1895). — Note sur un cas de cécité et de surdité verbales (*Progrès médical*, 1880).

Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, les formes anormales en particulier. (Thèse de Paris, 1884.) — Sur un cas de syringomyélie à forme acromégalique. (*Progrès médical*, 1882.) — Pseudo-méningite hystérique. Inversion de la formule des phosphates urinaires. (*Soc. méd. des Hop*, 1891.) — La rage confirmée peut-elle guérir? (*Soc. méd. des Hôp.*, 1891.) — Automatisme comitial ambulatoire. (*Soc. méd. des Hôp.*, 1890.) — De l'hémiplégie et de l'épilepsie partielle urémique. (*R. de Méd.*, 1896). — La pleurésie syphilitique du stade roséolique. (*Soc. méd. des Hôp.*, 1890). — Le sol, l'eau et l'air. Agents de transmission des maladies contagieuses. (*Traité de Path. gén.*, 1895.) — Les glandes parathyroïdiennes de l'homme. (*Soc. méd. des Hôp.*, 1893.) — Hygiène de l'eau potable. (*Congrès international de l'Hygiène de Buda-Pest.*) — Persistance des germes de la tuberculose dans l'eau de rivière. (*Congrès de la Tuberculose*, 18[illegible].) — Typhus exanthématique à Lille. (*Journal officiel*, 1893.) — Intoxication provoquée par les poêles à combustion lente. (*Journal officiel*, 1893). — Rapport sur le Congrès international d'Hygiène de Budapest. (*Journal officiel*, 1894). — Névralgies latérale et dilatation de l'estomac. (*Arch. gén. de Méd.*, 1885.) —

L'Institut d'hygiène à Munich. (*Progrès médical*, 1884) — L'Institut d'Hygiène de Berlin. (*Arch. de Méd.*, 1885.) — L'hôpital municipal de Berlin. (*Progrès médical*, 1886).

BIBLIOGRAPHIE

Archives du Conseil d'hygiène de Valparaiso, 1892-1895. Beau volume in-8 avec figures et cartes. — Valparaiso, 1896.

Fondé selon les conditions et les besoins locaux, ce conseil s'est cependant éclairé, pour leur faire des emprunts, sur la constitution des conseils supérieurs d'hygiène des grandes nations. Il s'est assuré la collaboration de l'administration en faisant assister le préfet de police à toutes ses séances; son œuvre, pendant cette période, a été féconde : il a, entre autres améliorations ou créations, organisé un service d'enlèvement, dépôt et exposition des cadavres, amélioré le régime des prisons, fait abréger la durée des instructions criminelles, établi une infirmerie spéciale, le tout en vue d'éviter l'encombrement, la promiscuité et la présence parmi les prisonniers d'aliénés arrêtés dans la rue. Il a aménagé et fait subventionner un service de désinfection publique gratuite avec pulvérisateurs et étuves mobiles et fixes, sous la direction d'un médecin nommé par le conseil; il a établi un service médical de nuit, un service facultatif de *crémation*, un service d'ambulances urbaines, de surveillance des pharmacies, des laiteries, des abattoirs, de la voirie, des usines et manufactures, des logements, garnis, hôtels, cités ouvrières et établissements privés de bienfaisance; il a exigé pour les écuries, étables, vacheries, etc., un pavé étanche avec pente de 3 centimètres par mètre, réglementé le travail des femmes et des enfants, reconstitué la Société de protection de l'enfance, vulgarisé par tous les moyens les principes élémentaires d'hygiène. Le conseil a revu les plans des écoles et collèges, des hospices et reconstruit l'hôpital Saint-Augustin pour lequel ont été élaborés des mémoires intéressants avec statistiques comparatives de tous les grands hôpitaux du monde. Il a édifié des laboratoires de bactériologie, fait faire périodiquement des analyses d'eaux et de glaces surtout pendant les épidémies de fièvre typhoïde. Chaque épidémie est suivie et étudiée spécialement, des lazarets modèles ont été créés selon les besoins; 3.000 livres ont été votées pour acheter une provision de sérum de Béring en attendant qu'il soit préparé sur place. Les marécages des cerros sont progressivement desséchés. Enfin, les maladies vénériennes étant passées dans l'armée de 19 0/0 à 37 0/0, la prostitution est plus spécialement surveillée. D'autre part, l'alcoolisme a été minutieusement observé. En 1892, il a eu 7.846 ivrognes arrêtés, en 1893 il y en a eu 12.328 dont 1.629 femmes, et sur 4.757 crimes 1.201 ont été commis par des personnes en état d'ivresse. Cette progression effrayante nécessite une loi. MM. Talavera et Villanneva ont remis à ce sujet des rapports d'un haut intérêt. D'autres décisions de moindre importance ont été prises en grand nombre. Chacun de ces services a été longuement étudié, et doit, une fois établi, fournir des rapports périodiques au conseil. Les sanctions sont toujours effectives et énergiques. Ces comptes rendus des séances ont été rédigés surtout par M. le Dr Danel Carvalho qui mérite des félicitations pour la façon dont il s'est acquitté de sa tâche. F. B.

Traité d'histologie pratique; par J. Renaut. Tome II, fascicule I. *Les épithéliums, l'ectoderme tégumentaire.* — 248 figures, Paris. Rueff et Cie, 1897.

La suite du livre que M. Renaut intitule avec trop de modestie *Traité d'histologie pratique*, était attendue avec une vive impatience par tous ceux qui s'intéressent à l'anatomie générale et aux idées de philosophie biologique qui se rattachent à cette science. La forme si élevée et si personnelle donnée au premier volume était la cause de cette curiosité qui n'est pas déçue, quand on parcourt le fascicule qui vient de paraître. En effet, l'auteur nous décrit les organes les plus intéressants, on pourrait dire les plus pittoresques. Toute la partie qui traite des odontoïdes et des dents, toute celle qui décrit les ongles, les poils et les phanères rudimentaires sont à ce point de vue des morceaux achevés, qui ne peuvent être analysés à cause de leur cohésion et de leur enchaînement et qu'il faut lire dans le texte.

L'étude de l'épiderme et des glandes cutanées est également poussée avec un soin et un détail remarquables. Nous citerons en particulier la mamelle, chapitre dans lequel on retrouve les recherches personnelles de l'auteur et celles de son élève Lacroix. Pour la thyroïde, le thymus, et surtout le poumon, on voit que le clinicien a souvent et très heureusement guidé l'histologiste dans ses recherches et dans ses déductions.

Ce dernier fascicule rentre donc bien dans la note générale du livre, et nous pouvons maintenant, disposant d'une partie importante de l'ouvrage, apprécier les procédés généraux du professeur de Lyon et nous rendre compte de son succès.

Ce succès nous semble dû surtout à ce que partout et toujours le professeur parlant de choses qu'il a vues par lui-même et dont la quantité suffit à montrer quel labeur il a dû fournir, s'inspire de l'anatomie comparée. C'est cette poursuite constante des types de cellules et de tissus à travers toute l'échelle des animaux qui caractérise en effet les histologistes, c'est ce qui faisait la force philosophique et pratique de Ch. Robin. Le professeur Ranvier, Renaut aussi s'inspirent à cette source. Là est la seule force et le seul recours pour qui veut trouver encore et se rendre utile. Les deux auteurs que nous venons de citer après Robin ont eu le mérite de mettre au service de leur méthode générale une technique féconde.

Les détails mêmes de cette technique, souvent fatigants, sont un des défauts du livre; de même un autre dérive du même procédé, c'est l'abus des classifications et des noms spéciaux donnés à des détails insignifiants par eux-mêmes. C'est mettre l'anatomie générale en petits morceaux, réduire la forêt en allumettes. Ce qui serait une qualité dans un livre d'enseignement courant, l'abus des divisions, devient une surcharge dans un traité qui résume une vie d'homme uniquement consacrée à l'anatomie générale, c'est-à-dire à la plus métaphysique des sciences biologiques.

Malgré ces défauts qu'il faut bien signaler, car on doit la vérité surtout aux maitres, le livre est celui du savant et du chercheur. C'est le résumé de l'homme lui-même. On peut lui reprocher d'être trop personnel, de ne pas avoir tenu compte des travaux pourtant nombreux faits en dehors du Collège de France ou de l'Ecole de Lyon. On pourra surtout trouver que pour ces dernières années, M. Renaut ait un peu négligé la cytologie pure, et ne soit pas allé pèleriner à Louvain, qui fut un instant le Bayreuth des cytologistes et qui conserve une si grande part, une si grande influence dans le mouvement moderne. Mais qu'importe, le livre est vrai, il restera avec ces petits défauts, qui font d'ailleurs partie inhérente de l'œuvre et de l'auteur, qui lui donnent son cachet personnel, le complètent et le signent. A. P.

Congrès olympique du Havre. — Le deuxième Congrès olympique international se tiendra cette année au Havre, du 23 au 31 juillet, sous la présidence d'honneur du Président de la République. Il s'occupera des questions d'*hygiène*, de pédagogie, d'histoire, etc., se rapportant aux exercices physiques. Voici, d'ailleurs, le programme. — *Pédagogie.* De la psychologie des exercices physiques; particularités propres à chacun d'eux. — De la distinction entre les jeux libres et les jeux commandés; avantages et inconvénients des uns et des autres. — De l'action morale des exercices physiques sur l'enfant, sur l'adolescent. — Influence de l'effort sur la formation du caractère et le développement de la personnalité. — De l'organisation des exercices physiques dans les lycées et collèges; les élèves peuvent-ils les organiser et les diriger eux-mêmes, et de quelle façon? — Conséquences de l'indépendance laissée aux élèves. — Rôle de l'autorité. — *Hygiène.* De la physiologie des exercices physiques; règles hygiéniques propres à chaque forme d'exercice. — De l'enseignement de l'hygiène dans les lycées et collèges. — Programme de cet enseignement. — Du vêtement. — De l'hydrothérapie envisagée comme complément de l'exercice physique; sous quelle forme elle doit être employée.

Congrès international de Médecine de Moscou. — Le conseil de l'Université de Paris a adopté la proposition de l'école supérieure de pharmacie tendant à adjoindre M. le Pr Riche, et celle de la Faculté de Médecine proposant l'adjonction de M. Gilbert-Ballet, agrégé spécialiste pour les maladies mentales, et de M. Varnier, agrégé accoucheur, à la délégation du Congrès de Moscou.

VARIA

La Tératologie et les Rayons X.

Dans un livre qui vient de paraître et qui fournit des détails très circonstanciés sur la *technique des rayons X* (1), M. A. Hébert a intercalé deux photogravures d'ordre tératologique, dont l'une a trait à la radiographie d'un *monstre double* humain. L'auteur, qui ne fournit pas de détails précis sur l'origine des photographies modèles, et sur l'observation anatomique, se borne, à ce propos, à ces quelques lignes : « Les rayons X pourront donner des renseignements précieux sur le squelette des enfants monstres que l'on voit naître et vivre parfois pendant quelque temps. Les enfants à deux têtes, à deux thorax, à quatre bras ou à quatre jambes écriront ainsi eux-mêmes leur constitution ostéologique. Les équivalents des frères Siamois et des femmes à deux têtes ne présenteront plus de secrets, grâce aux rayons de Rœntgen. »

Cette dernière phrase, qui montre que M. Hébert n'est peut-être pas très au courant des notions élémentaires de tératologie, n'en doit pas moins retenir l'attention. Il est, en effet, un champ très vaste à explorer à ce point de vue : c'est celui des *monstruosités doubles*. Nous nous permettrons en quelques mots d'y insister. Grâce, en effet, à l'emploi de ce procédé de photographie, on obtiendra des documents de la plus haute importance, surtout en ce qui concerne la *classification* rationnelle de ces espèces tératologiques, si difficiles à préciser.

On sait, en effet, que notre grand tératologiste, Geoffroy-Saint-Hilaire, en a établi la délimitation des familles et des genres, sinon d'après la constitution exacte du squelette, du moins d'après les apparences extérieures, souvent trompeuses. Eh bien, grâce à la radiographie, on pourra se procurer des données absolument certaines sur l'existence d'une ou deux colonnes vertébrales dans le même tronc, sur leur degré de coalescence ou leur point de réunion, etc., et de la sorte contrôler parfois des déterminations basées uniquement sur l'examen superficiel et l'aspect du monstre.

Je n'en veux pour preuve précisément, que les deux photogravures, qui illustrent le livre de M. Hébert et que nous citions plus haut. L'une d'elles a trait à un *Dérodyme*, ou tout au moins à un genre voisin de cette grande famille des *Dymes;* et extérieurement elle semble plutôt reproduire les cas de Ritta-Christina et des frères Toeci (xiphodymes célèbres ayant vécu et vivant peut-être encore), plutôt que celui des frères Siamois qui étaient un xiphopage. Or, l'examen radiographique prouve nettement que la colonne vertébrale est *parfaitement double* jusqu'au bassin et non pas seulement jusqu'aux *vertèbres*, sinon dorsales, du moins lombaires, comme on aurait pu le supposer *a priori*, à l'examen de la photographie reproduisant le cadavre. Il en résulte que ce monstre est en réalité une variété de *psodyme*, ou plutôt un *Dyme* dont la soudure n'a lieu qu'au niveau du bassin.

Désormais on n'aura donc plus besoin de se livrer à une dissection minutieuse et parfois impossible pour arriver à déterminer d'une façon précise la constitution des monstres doubles, qui préoccupent encore et à bon droit tous les biologistes.

Marcel BAUDOUIN.

La Nouvelle Ecole des Teigneux de l'hôpital Saint-Louis.

La Nouvelle Ecole des Teigneux de l'hôpital Saint-Louis comprend deux grands bâtiments, construits sur les terrains de l'établissement et éloignés l'un de l'autre de 400 mètres environ. Le premier bâtiment, au coin des rues Bichat et Grange-aux-Belles, recevra les enfants atteints de teigne tondante (200 enfants internes et 200 enfants demi-pensionnaires). Au rez-de-chaussée sont les classes et le préau, aux deux étages les dortoirs. Le deuxième bâtiment dans le haut de la rue Grange-aux-Belles est destiné aux enfants atteints de pelade et de favus (150 enfants : 70 internes, 80 demi-pensionnaires). Une infirmerie, complètement séparée du reste de ce bâtiment, avec chambres isolées, pourra recevoir 30 malades. La population totale sera de 270 internes et 280 demi-pensionnaires. Les travaux, commencés en avril 1895, seront terminés en mai 1897 ; on compte occuper ces locaux dans le courant du mois de juin prochain. La dépense pour la construction s'élèvera à la somme de 1.300.000 francs et pour le mobilier à 200.000 francs environ. Les crédits sont pris sur le pari mutuel et le reliquat d'une subvention municipale de 1893. Ces deux établissements seront desservis par un personnel laïque; aucune décision n'a encore été prise en ce qui concerne le service médical. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette nouvelle installation. Pour le moment, nous rappellerons l'opinion souvent émise par nous : les teigneux doivent être soignés à demeure, les demi-pensionnaires pouvant transporter la teigne dans leurs familles.

(1) Hébert (A). — *La technique des rayons X.* — Maud et Carré, Paris, 1897.

Comité pour l'érection d'un Monument à la mémoire du Pr GRISOLLE.

La ville de Fréjus, voulant honorer la mémoire d'un de ses enfants dont elle est justement fière, a décidé d'élever, à l'aide d'une souscription publique, un monument à Grisolle.

La Faculté de Médecine de Paris, où son enseignement a été si fécond, les Facultés de province, sur lesquelles plusieurs de ses élèves ont jeté tant d'éclat, l'Académie de Médecine, qui s'honore de l'avoir eu pour Président, ont tenu à s'associer à cet hommage qui, bien que tardif, est si mérité. Quoique près de trente années se soient écoulées depuis sa mort, nous avons pensé que le corps médical a gardé de Grisolle un souvenir encore assez vivace pour qu'il veuille tout entier concourir à cette œuvre. Il est bien peu de médecins qui n'aient largement puisé, sinon à ses leçons mêmes, du moins aux doctrines de ses livres, qui ont instruit et formé de tant de générations. Nous venons donc vous demander de nous aider à perpétuer la mémoire de l'homme de bien qui, par sa droiture et la dignité de sa vie, a honoré notre profession, du maître éminent qui, par sa science, sa méthode de rigoureuse observation et la sûreté de son diagnostic, a personnifié et personnifie encore, aux yeux de beaucoup, la vieille clinique française.

Les souscriptions sont reçues chez M. G. MASSON, *trésorier*, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, et à l'*Institut de Bibliographie*, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

COMITÉ D'HONNEUR.

Président : M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Vice-président : M. Caventou, président de l'Académie de Médecine.

Membres : MM. les Drs Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine ; Bouchardat, membre de l'Académie de Médecine ; Bucquoy, membre de l'Académie de Médecine ; Cadet de Gassicourt, membre de l'Académie de Médecine ; Debove, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; Empis, ancien président de l'Académie de Médecine ; Lancereaux, membre de l'Académie de Médecine ; De Lapersonne, doyen de la Faculté de Médecine de Lille ; MM. les Prs Guyon, membre de l'Institut ; Lannelongue, membre de l'Institut ; MM les Drs Lortet, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon ; Mairet, doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier ; Marcel Baudouin, directeur de l'*Institut de Bibliographie*, secrétaire général de l'*Association de la Presse médicale* ; Millard, médecin honoraire des hôpitaux ; Panas, professeur à la Faculté de Médecine ; M. le Pr Potain, membre de l'Institut ; MM. les Drs Proust, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; Spillmann, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy.

Secrétaire : M. le Dr Ch. Nélaton, agrégé de la Faculté de Médecine.

Trésorier : M. G. Masson, libraire-éditeur.

L'Association générale des Médecins de France.

L'*Année médicale de Caen*, dans son numéro du 15 mai 1897, consacre un article humoristique à la dernière assemblée de l'Association générale des Médecins de France et après avoir dit qu'un certain nombre de vœux seront soumis à l'étude des sociétés locales, l'auteur demande « qu'il lui soit permis d'en formuler, en son nom particulier, quelques-uns à l'appréciation de ses confrères ». Ce sont ces « vœux » que nous reproduisons :

1° Que les membres du bureau et les délégués qui deman-

deront la parole produisent un certificat d'un laryngologiste, attestant qu'ils peuvent parler à haute et intelligible voix, sans risque de fatiguer ceux qui les écoutent; 2° que ceux qui n'ont rien à dire veuillent bien faire grâce aux autres de leurs discours;

3° Que l'on abandonne à tout jamais l'amphithéâtre de l'avenue Victoria, dont l'acoustique est par trop défectueuse; on pourrait peut-être l'utiliser pour l'installation d'une classe de sourds-muets; — 4° que le bureau veuille bien prendre ses mesures pour mettre, si possible, un peu d'ordre dans les discussions;

5° Qu'on nous épargne la lecture de documents et de rapports que nous avons tout imprimés entre les mains, et qu'on évite ainsi à tous une fatigue et une perte de temps inutiles; — 6° que les toasts indigestes soient rigoureusement proscrits du menu du banquet;

7° Subsidiairement, et pour le cas où les vœux précédents ne seraient pas pris en sérieuse considération, je demande la tête de tous les membres du bureau. — Tout simplement!

XIIe Congrès international de Moscou (19-26 Août 1897).
Section de médecine militaire.

Le Comité d'organisation de la section de médecine militaire (X^e section) du XIIe Congrès international de Médecine a l'honneur de s'adresser aux collègues étrangers avec la prière de bien vouloir prendre part aux travaux de cette section et de contribuer ainsi au succès de la prochaine fête internationale.

Un grand nombre de travaux est déjà annoncé et parmi eux beaucoup de part de plus illustres spécialistes de médecine militaire. Néanmoins le Comité, désireux de recevoir, en dehors des sujets indiqués dans le programme général, encore des autres travaux et spécialement des communications sur l'hygiène des armées de terre et de flottes, sur la chirurgie militaire, l'épidémiologie et les maladies de troupes. En même temps le Comité a l'honneur de vous informer que le terme fixé pour l'envoi des communications et des conclusions qui seront imprimées avant l'ouverture du Congrès, est le 1er juin 1897, et il prie MM. les docteurs qui désireraient prendre une part active aux travaux de notre section de bien vouloir envoyer les titres ainsi qu'un bref résumé au président de la section: Pr Lewschine, Moscou, Volhonka, maison Mihalkoff.

Guidé par le désir de faciliter la recherche des logements à Moscou pendant le Congrès, le Comité à l'honneur d'offrir aux collègues qui prendront part aux travaux de la section de chirurgie militaire, le logement gratuit dans les salles de la clinique chirurgicale. La clinique sera évacuée depuis le 1er juin 1897, les salles seront repeintes et mises en ordre, les lits soigneusement désinfectés. La clinique peut donner logement à 75 personnes: 18 auront des chambres à part, les 57 autres peuvent être placés dans les salles, dont sept sont à 4 lits, et quatre à 8 lits. Pour avoir tout le temps nécessaire de préparer les salles, le Comité prie MM. les collègues qui désireraient profiter de cette invitation de le faire savoir jusqu'au 1er juin au plus tard à l'adresse indiquée.

Excursion à Saint-Pétersbourg.

I. — Une excursion aura lieu de Moscou à Saint-Pétersbourg les 27, 28 et 29 août, pour les membres du Congrès et les personnes qui voyageront avec eux. — Des fêtes auront lieu à cette époque à Saint-Pétersbourg.

II. — Les Dames sont admises à l'excursion du Caucase. — Se faire inscrire le plus tôt possible, 14, boulevard St-Germain.

Les Cliniques au Conseil municipal de Paris.

M. Roger Lambelin a questionné le préfet de police au conseil municipal de Paris sur les mesures de surveillance qu'il entend appliquer aux cliniques particulières de gynécologie. Mais M. Astier a dit que la préfecture de police n'a pas à intervenir dans les cliniques. Le diplôme de médecin ne donne-t-il pas le privilège d'opérer? Il est de l'intérêt des malades que des praticiens d'une autorité incontestable puissent installer des cliniques.

M. le préfet de police a pris la parole pour demander le renvoi du projet de délibération que proposera M. Roger Lambelin à une commission. Il a dit qu'il y avait deux inspecteurs et une inspectrice chargés spécialement de la surveillance des cliniques. Ces inspecteurs ne contrôlent pas les médecins et leur rôle est limité à la question hygiénique. Jusqu'à ce jour cet organisme avait paru suffisant. Il se propose de faire appel au concours des lumières des membres du conseil d'hygiène et, chaque fois qu'il le pourra, il se fera rendre compte, par l'officier de l'état civil, des décès constatés dans les cliniques. *Il ne croit pas cependant qu'il faille créer un monopole au profit de certains opérateurs.* M. John Labusquière ne croit pas qu'il soit bon d'étendre davantage les attributions de la préfecture de police; il suffit qu'elle contrôle l'hygiène des cliniques. Ce sont les prix exorbitants qu'exigent les grands opérateurs qui ont favorisé leur développement. Ce sont d'ailleurs les classes aisées qui ont le plus contribué à faire le succès et la fortune de ces cliniques. Il faut favoriser la science et son développement. M. Roger Lambelin dit qu'il a voulu uniquement exiger des garanties spéciales concernant les cliniques. Son intention n'est pas d'augmenter les attributions de la préfecture de police; mais il a déposé un ordre du jour ainsi conçu:

Considérant que des abus graves se commettent dans les cliniques particulières et notamment dans celles de gynécologie; que ces abus portent atteinte à la dignité du corps médical parisien et constituent un véritable danger pour la population; le Conseil émet le vœu: que les pouvoirs publics entourent de garanties sérieuses l'ouverture et le fonctionnement des cliniques et propose, à cet effet, les mesures suivantes: Tout médecin demandant à ouvrir une clinique devra avoir été antérieurement nommé à l'un quelconque des concours suivants: internat des hôpitaux de l'Assistance publique, internats de Saint-Lazare, des Quinze-Vingts et des Sourds-Muets. Le préfet de police autorisera l'ouverture sur l'avis favorable d'une commission médicale de cinq membres nommés par les pouvoirs publics; d'autre part, un service d'inspecteur, organisé administrativement dans des conditions analogues à celui des établissements d'aliénés, sera chargé d'exercer une surveillance permanente sur les cliniques au point de vue de l'hygiène et de l'antisepsie.

Le renvoi à la sixième commission a été prononcé après quelques observations de MM. André Lefèvre, Levraud et Paul Strauss.

L'Exposition de 1900 et la classification décimale.

Nous venons de parcourir le règlement général et la classification adoptée pour l'Exposition de 1900; mais nous bornerons ici nos remarques à ce qui a trait à la médecine. C'est sans surprise que nous avons constaté une fois de plus l'ignorance totale des progrès récents de la science des classifications et des conférences internationales dans les brochures que nous citons. A l'Administration centrale, on ignore, en effet, tout ce qui, depuis trois ou quatre ans, a été réalisé dans l'art de la classification des documents, médicaux ou autres. Nous ne nous en plaignons pas, puisque cela nous permet de montrer combien, même au XIXe siècle, le moindre progrès est difficile à réaliser; mais nous plaignons sincèrement tous ceux qui, en 1900, auront à jeter un coup d'œil sur les expositions susceptibles de les intéresser. Il aurait été si simple d'accepter, là comme ailleurs, la classification décimale, aujourd'hui seule adoptée par tous les encyclopédistes qui se respectent. Mais d'Alembert et Diderot sont morts, et bien morts, et depuis longtemps, hélas! M. B.

Responsabilité chirurgicale.

Conséquence des scandales récents. Un journal, *Le Cri de Paris*, pense qu'un chirurgien qui fait courir à un enfant une seule chance de mort, en redressant la bosse du mal de Pott ou un nez mal planté, *devrait être poursuivi, de même que les parents*! — Avec de telles théories, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse? Autant supprimer la chirurgie, et même la thérapeutique, d'un seul trait de plume!

Voilà où mène la critique — nullement désintéressée — non pas de la Médecine, à la mode de Molière, mais des médecins et des chirurgiens, qui n'ont pas l'honneur de plaire au grand public des badauds! Comme l'a dit un de nos confrères, il ne s'agit plus de la «Banqueroute de la Science». C'est la *Banqueroute de la Médecine*, qui commence! Gare à la casse! — En tous cas, c'est parfaitement le lapin qui a commencé. M. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 8. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Proust, Ménétrier, André. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Panas, Pozzi, Schwartz. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Roger. — (2e *série*) : MM. Debove, Hutinel, Marfan. — (2e*partie*). (1re*série*) : Dieulafoy, Charrin, Achard. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Raymond, Letulle.

MERCREDI 9. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Landouzy, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Marchand, Tuffier, Walther. — (2e *série*) : MM. Delens, Jalaguier, Broca. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Chauffard, Widal. — (1re *partie*) obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

JEUDI 10. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Joffroy, Gilbert. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Roger, André.

VENDREDI 11. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Chauffard, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tillaux, Marchand, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Potain, Chantemesse, Marie. — (1re *série*) : MM. Peyrot, Jalaguier, Broca. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Hayem, Widal, Wurtz. — (2e *série*) : MM. Landouzy, Gaucher, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 12. — 4e *de Doctorat* : MM. Debove, Pouchet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Berger, Polaillon, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Schwartz, Quénu, Albarran. — (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Brun, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Roger, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Laboulbène, Raymond, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 9. — M. Mayzer. Rôle du réflexe dans l'étiologie du syndrome Basedow-Graves. — M. Saingery. Sur l'étiologie des cirrhoses du foie et en particulier sur l'étiologie de la cirrhose du buveur. — M. Paquy. Des grossesses développées dans des trompes saines. — M. Degrenne. Traitement de la tuberculose des testicules. — M. Noirot. Traitement des fibromes de la paroi abdominale antérieure. — M. Kœnig. Contribution à l'étude expérimentale des canaux semi-circulaires. — M. Antheaume. Contribution à l'étude de la toxicité des alcools et de la prophylaxie de l'alcoolisme.

JEUDI 10. — M. Férester. Sur la responsabilité dans les crimes. — M. Carrez. De l'influence des boissons et du milieu sur la production de l'obésité. — M. Wallet. De la nécrose syphilitique du crâne. (Intervention chirurgicale.) — M. Augé. De l'observation des réflexes pupillaire et cornéen pendant la chloroformisation. — M. Fauquez. Contribution à l'étude du rein cardiaque. — M. Le Goff. Sur certaines réactions chromatiques du sang dans le diabète sucré. Applications thérapeutiques. — M. Granval. Des antéversions et des latéroversions utérines envisagées au point de vue obstétrical. — M. Rivron. De larupture du sinus circulaire. — M. Khinitz. Valeur de la ponction dans le traitement du pneumothorax. — M. Béchet. Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux.

Enseignement médical libre.

Clinique Ophtalmologique. — M. le Dr KOENIG, 14, rue Monge. — Consultations gratuites de 1 h. 1/2 à 3 heures.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Maladies mentales. — M. ROUBINOVITCH, chef de clinique de la Faculté de médecine, fait les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, à l'Asile clinique (Saint-Anne), un cours élémentaire de pathologie mentale.

FORMULES

XX. — Mélange contre l'otorrhée chronique (M. LAASER).

Iodure de potassium.	1 gramme.
Teinture d'iode	10 grammes.
Alcool absolu.	āā 15 —
Glycérine pure.	
Iodoforme pulvérisé.	1 gramme.

F. S. A. — Injecter une certaine quantité de ce liquide dans le conduit auditif et la caisse du tympan. (*Sem. méd.*)

XXI. — Mydriatique de courte durée.

Lorsqu'on veut déterminer avec précision une réfraction compliquée ou dilater une pupille dans le but d'un examen ophtalmoscopique complet, on peut employer de préférence la formule suivante :

Chlorhydrate d'homatropine . . .	0 gr. 10
Eau distillée.	10 —

En instillations locales répétées trois fois. La mydriase apparait au bout d'un quart d'heure à vingt minutes et la réfraction peut être déterminée au bout d'une heure. Les troubles accommodatifs et pupillaires disparaissent dans un laps de temps variant de 6 heures à 48 heures. Ces chiffres concordent donc avec ceux donnés pour l'homatropine par Standard (*The Annals of ophthalmology and otology*, 1893). La durée des troubles locaux est donc infiniment plus courte que si l'on avait employé l'atropine. D'autre part, la rapidité d'action est plus grande, ce qui constitue un avantage précieux. (*France méd.*).

XXII. — Formule pour le sérum artificiel.

Au moment où il est question, de toutes parts, des injections sous-cutanées de sérum, on nous saura gré de donner ci-dessous la formule la plus simple du *sérum chirurgical*.

Chlorure de sodium	7 gr. 50.
Eau distillée stérilisée . . .	Q. S. p. 1000 gr.

A employer dans les cas de collapsus et la septicémie péritonéale post-opératoires, dans l'éclampsie puerpérale, chez les typhiques et les urémiques graves, dans le choléra et les maladies infectieuses.

XXIII. — Pilules contre le prurit nerveux de la ménopause. — M. J. V. SHŒMAKER.

Oxyde de zinc.	0 gr. 30 centigr.
Sulfate de quinine	0 — 50 —
Aloïne	4 — 21 —
Extrait et poudre de réglisse .	Q. S.

Mêlez et divisez en 20 pilules. — A prendre : 3 pilules par jour.

Dans cette formule, l'aloïne peut être remplacée par 1 gramme d'extrait d'aloès. Chacune des pilules contient 0 gr. 015 milligr. d'oxyde de zinc. Ultérieurement, on pourra doubler et même tripler la dose d'oxyde de zinc par pilule. En outre, la patiente fera, sur les parties qui sont le siège de démangeaisons, des lotions avec de l'eau phéniquée faible additionnée de menthol et d'un alcoolat aromatique. (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 mai au samedi 29 mai 1897, les naissances ont été au nombre de 1.198, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 408, illégitimes, 182. Total, 590. — *Sexe féminin* : légitimes, 450, illégitimes, 158. Total, 608.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 mai au samedi 29 mai 1897, les décès ont été au nombre de 863, savoir : 480 hommes et 483 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 4, T. 5. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 20, F. 12, T. 32. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 7, T. 10. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 1, T. 3. — Grippe : M. 1, F. 1, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 102, F. 70, T. 172. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 5, T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 4, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 36, T. 54. — Méningite simple : M. 10, F. 15, T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 22, F. 17, T. 39. — Paralysie, M. 4, F. 3, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 32, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 4, T. 11. — Bronchite chronique : M. 10, F. 12, T. 22. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 13, T. 34. — Pneumonie : M. 14, F. 19, T. 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 18, F. 20, T. 38. — Gastro-entérite, biberon : M. 2, F. 1, T. 3. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 24, F. 13, T. 37. — Sénilité : M. 17, F. 21, T. 38. — Suicides : M. 15, F. 6, T. 21. — Autres morts violentes : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres causes de mort : M. 80, F. 36, T. 116. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 2, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 110, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 51, illégitimes, 37. Total : 14. — *Sexe féminin* : légitimes, 59, illégitimes, 37. Total : 22.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours d'Agrégation de 1897.* — Il sera ouvert à Paris, en 1897-1898, des concours pour 37 places d'agrégé à répartir de la maniere suivante entre les Facultés de Médecine ci-après désignées : *Pathologie interne et médecine légale* : Paris, 5 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 2 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 2 ; Toulouse, 1. *Chirurgie* : Paris, 3 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1 ; Toulouse, 2. *Accouchements* : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Toulouse, 1. *Anatomie* : Paris, 1 ; Lille, 1 ; Nancy, 1. *Physiologie* : Paris, 1 ; Toulouse, 1. *Histoire naturelle* : Toulouse, 1. *Physique* : Paris, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1. *Chimie* : Paris, 1 ; Lyon, 1. *Pharmacie* : Toulouse, 1. Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : Le 13 décembre 1897 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) ; le 7 mars 1898 pour la section de chirurgie et accouchements ; le 16 mai 1898 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques. Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Concours pour le Clinicat. — Un concours pour les emplois vacants ci-dessous de chefs de clinique s'ouvrira le lundi 28 juin 1897. Il sera pourvu aux nominations suivantes : *Clinicat médical* : Trois chefs de clinique titulaires et trois chefs de clinique adjoints. — *Clinicat chirurgical* : Deux chefs de clinique adjoints. — *Clinicat obstétrical* : Un chef de clinique titulaire. — *Clinicat des maladies mentales* : Deux chefs de clinique titulaires. — *Clinicat des maladies nerveuses* : Un chef de clinique titulaire. — *Clinicat ophtalmologique* : Un chef de clinique adjoint. — Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 16 juin 1897. *Sont admis à concourir* : 1° Pour les clinicats chirurgical, obstétrical et ophtalmologique : tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de 38 ans au jour de l'ouverture du concours ; 2° pour les autres emplois vacants de chefs de clinique ci-dessus désignés : tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de 34 ans au jour de l'ouverture du concours.

Concours du Prosectorat. — Les questions restées dans l'urne sont les suivantes : 1° *Nerfs de la langue* (anatomie et physiologie) ; *Tuberculose linguale* ; 2° *Pancréas* (anatomie et physiologie) ; *Hernies épigastriques.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHANTEMESSE (André), agrégé près la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur de pathologie expérimentale et comparée de ladite Faculté (Décret du 20 mars). — M. le Pr Ch. RICHET représentera la Faculté de Médecine de Paris aux fêtes universitaires de Montréal.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. OUVRARD, docteur ès sciences, agrégé près l'École supérieure de Pharmacie, est nommé sous-directeur du Laboratoire d'enseignement et de recherches à la Faculté des Sciences, en remplacement de M. Rousseau, décédé.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Promotions au grade de médecin principal : M. Trabaud. — Au grade de médecin de 1re classe : M. Duguet. — *Réserve.* Nominations au grade de médecin en chef : M. le Dr Negre, médecin en chef de la marine, en retraite.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — Promotions au grade de médecin principal : MM. Cassagnou, D[illegible] et Vergoz. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. Al[illegible]ain, Damiens, Chaussade, Maureau, Thiro[illegible]x, Ronneau et Eto[illegible]rnaud. — Au grade de pharmacien de 1re classe, les pharmaciens de 2e classe : MM. Ehrarht et Muel.

Créations d'emplois de médecin auxiliaire. — Par décret en date du 25 mai 1897, lorsque les besoins du service l'exigent, il peut être employé, en outre des médecins titulaires du corps de santé des colonies, des médecins auxiliaires : 1° dans les hôpitaux, établissements, postes locaux ou pénitentiaires ; 2° dans les hôpitaux et établissements coloniaux.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Annequin, médecin principal de première classe, médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble, est désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon. — M. [illegible], médecin principal de première classe, médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes, est nommé adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de [illegible]. — M. [illegible], médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Vincennes, détaché à l'hôpital d'eaux minérales de [illegible], est désigné pour l'emploi de médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble. — M. [illegible], médecin-major de première classe au 1er régiment d'artillerie, est désigné pour l'hôpital militaire de Toulouse. — M. Malmas, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Versailles, est désigné pour l'emploi de médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes. — M. Courtat, médecin-major de deuxième classe au 16e escadron du train des équipages militaires, est désigné pour le 81e régiment d'infanterie. — M. Malgat, médecin-major de 2e classe au 24e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour le 6e bataillon de même arme. — M. Nabona, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment de tirailleurs algériens, est désigné pour le 16e escadron du train des équipages militaires. — M. Villiers, médecin-major de deuxième classe au 4e régiment de zouaves, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. — M. Delahousse, médecin-major de 2e classe aux batteries à cheval de la 7e division de cavalerie, est affecté au 32e régiment d'artillerie pour être détaché aux batteries à cheval de la 7e division de cavalerie. — M. Barthélemy, médecin-major de deuxième classe au 4e régiment d'infanterie, est désigné pour le 24e bataillon de chasseurs à pied. — M. Couturier, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour le 2e régiment de tirailleurs algériens. — M. Chambaud, médecin aide-major de première classe au 3e régiment de chasseurs à cheval, est désigné pour le 4e régiment de zouaves. — M. Beaumevielle, médecin aide-major de première classe au 10e régiment de cuirassiers, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — M. Cadet, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, est désigné pour le 3e régiment du génie. — M. Jolly, médecin aide-major de première classe au 147e régiment d'infanterie, est désigné pour le 10e régiment de cuirassiers. — M. Romary, médecin aide-major de deuxième classe au 3e régiment du génie, est désigné pour le 147e régiment d'infanterie. — M. Amsler, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris, est désigné pour l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon. — M. Simair, pharmacien major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital militaire de Perpignan. — M. Beunat, pharmacien-major de première classe à la pharmacie régionale du 2e corps d'armée, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — M. Martaud, pharmacien-major de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — M. Mauget, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital militaire de Toul. — M. Darbour, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Toul, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

LE CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Le conseil de l'Université de Paris s'est réuni cette semaine, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur. Le conseil a enregistré la nomination de M. Chantemesse, comme professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Médecine. — Le conseil a voté à l'unanimité le maintien de la chaire d'histoire naturelle vacante à la Faculté de Médecine par le décès de M. Baillon, et le maintien de la chaire de pharmacie galénique, vacante, à l'école supérieure de pharmacie, par le décès de M. Bourgoin. — Il examinera, dans sa prochaine séance, la question de l'échange des thèses entre l'Université de Paris et les Universités étrangères. — Il a entendu ensuite un exposé très précis et très substantiel fait par M. Lannelongue, qui a rendu compte de son voyage en Orient et de la situation des écoles de tous degrés qu'il a visitées en Egypte, en Syrie, en Palestine et à Constantinople.

RÉCOMPENSES. — La Société d'encouragement au bien a décerné sa plus haute récompense, *la couronne civique*, à M. le Dr Yersin (de l'Institut Pasteur). La Société des sciences de Lille a décerné une médaille d'or à M. le Dr A. Faidherbe (de Roubaix) pour son Étude sur *la profession médicale à Lille sous la domination française de* 1667 à 1789.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : M. Angeard (Maurice), docteur en médecine à Mareuil-sur-le Lay (Vendée), conseiller général, président de la délégation cantonale. — M. Brard (Georges-Ernest), médecin du lycée de la Rochelle. — M. Desauvre (Léo), docteur en médecine, conseiller général, membre du [illegible] d'administration de l'École normale de Niort. — M. [illegible], pharmacien, adjoint au maire du Ier arrondissement de Paris.

Sont nommés *Officiers d'Académie* : M. E[illegible] (Jacques-Placide-Elmire), médecin du collège de Saint-Jean d'Angély. — M. le Dr Fillion (Vincent), médecin de l'hôpital de La Roche-sur-Yon. — M. G[illegible] (Georges), docteur en médecine aux Sables-d'Olonne, conseiller général, conseiller municipal, délégué cantonal. — M. No[illegible] (Pierre-[illegible]), docteur en médecine à [illegible] (Loire-Inférieure), [illegible] délégué cantonal. — [illegible] (Isaac), docteur en médecine à N[illegible]. — M. Vi[illegible] (Claude-Jean-Baptiste), docteur en médecine à Mussidan (Dordogne), délégué cantonal. — M. Gibson (Henri), docteur en médecine à Angoulême.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau Central en Chirurgie.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. CHEVALIER et MAUCLAIRE. Compliments à nos excellents amis. — L'ouverture du second concours a eu lieu le lundi 31 mai à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria. Le jury est définitivement composé de MM. Th. Anger, Marc Sée, Benj. Anger, Monod, Renault, Terrier, Chaput. — Voici quel a été le sujet de la composition écrite : *Canal inguinal ; diagnostic et traitement de la péritonite traumatique.*

Concours du Bureau Central en Médecine. — Ce deuxième concours s'est ouvert le 26 mai. Question sortie de l'urne : *Névrites toxiques.* — Questions restées dans l'urne : 1° *Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre ; 2° Tuberculose hépatique.* Les copies remises sont au nombre de 64. 14 candidats se sont retirés.

Concours d'Accouchements. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminé par la nomination de M. DEMELIN.

LABORATOIRE D'ELECTROTHÉRAPIE DE LA CHARITÉ. — M. le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire, commencera le mardi, 8 juin, à 4 heures 1/2, une série de conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance les mardis, jeudis et samedis, de 3 heures à 4 heures, au Laboratoire.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 6 juin, à Noisy-le-Sec et Romainville. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, à la gare de l'Est, où l'on prendra à onze heures trente le train pour Noisy-le-Sec.

MÉDECINS SÉNATEURS. — Dans le Doubs, sur 900 inscrits et 900 votants. M. le Dr Saillard, conseiller général, républicain, a été élu sénateur par 466 voix, contre 428 voix à M. le Dr Borne, radical. Il s'agissait de remplacer M. Oudet, républicain, décédé le 6 avril dernier, sénateur depuis 1876, et qui avait été réélu en 1894, par 633 voix. La dernière élection sénatoriale avait eu lieu en 1895, pour remplacer M. Gaudy, décédé, à cette élection. M. Rambaud avait été élu contre M. Borne, radical, déjà candidat.

MÉDECINS DANS LES LYCÉES.— M. le Dr CHATELIN est nommé médecin du lycée de Charleville, en remplacement de M. le Dr Carion, décédé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr CORTIES, décédé le 30 mai. Né à Saint-Pierre (Réunion) le 10 août 1836, il a fait ses études à Strasbourg et à Montpellier où il passa sa these. Il s'établit d'abord à Trie (Hautes-Pyrénées) où il exerça pendant 18 ans. Il remplit les fonctions d'adjoint au maire de Trie, puis fut maire de 1870 à 1882 et deux fois conseiller d'arrondissement. Il pratiqua à Paris de 1882 à 1887 et vint ensuite à Gentilly. Il a été conseiller municipal de cette commune de 1887 à 1896. Près de 800 habitants de son quartier ont tenu à accompagner le convoi de ce médecin dévoué jusqu'au Père-Lachaise où a eu lieu l'*incinération.*

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h. 1/2.

HÔTEL-DIEU. — *Cours pratiques d'Ophtalmologie.* — M. le Dr A. TERSON, chef de clinique, a recommencé, le mardi 11 mai, à 5 heures à l'Hotel-Dieu, des conférences pratiques : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades) rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales, 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). Le cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures et durera six semaines. — M. le Dr MERMET, chef du laboratoire, a commencé le mercredi 12 mai, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° *Anatomie de l'œil* (avec technique microscopique). *Physiologie de l'œil* ; 2° *Anatomie pathologique et bactériologie oculaires.* Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, et durera six semaines. S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Auguste VOISIN reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 10 juin 1897, à 10 heures du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MEDICAL*
14, RUE DES CARMES.

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES
SUR
l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1896 ;**

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER.

Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés . . . . 4 fr

Publications du Progrès médical

DARIN. — Assistance des aliénés dans l'Etat de New-York (Rapport de la commission de surveillance pour l'exercice fiscal 1894). Brochure in-8 de 96 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 70

DOUTREBENTE. — De l'Hospitalisation des aliénés, des épileptiques et des idiots dans le département de Loir-et-Cher. Brochure in-8 de 20 pages. Prix : 0 fr. 75. Pour nos abonnés . . 0 fr. 50

HIRSCHBERG (R.). — Traitement de l'ataxie dans le tabes dorsalis par la rééducation des mouvements (*Méthode de Frenkel*). Brochure in-8 de 49 pages. Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés. 1 fr.

POIRIER (P.). — Résection du ganglion de Gasser (Arrachement protubérentiel du trijumeau). Brochure in-8 de 18 pages, avec 9 figures. Prix : 1 fr. Pour nos abonnés. . . . . . . 0 fr. 60

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, 4, rue Antoine-Dubois.

BIGNET (A.). — Technique médicale des rayons X. Volume in-18 de 130 pages, avec 21 figures. Prix . . . . 2 fr.

RICHE (P.). — Le goître exophtalmique. Interprétation nouvelle. Volume in-8 de 300 pages.

VIEILLARD (C.). — L'urine humaine. Urines normales, urines anormales, urines pathologiques. Préface de A. Gautier. Volume in-8 de 130 pages, avec 20 figures et 4 planches. dont une en couleurs. Prix . . . . 6 fr.

Librairie GAUTHIER-VILLARS et fils, 55, quai des Grands-Augustins.

ANNUAIRE DE L'OBSERVATOIRE MUNICIPAL DE MONTSOURIS POUR L'ANNÉE 1897. — (Analyses et travaux de 1895). — Météorologie. — Chimie. — Micrographie. — Applications à l'hygiène. Volume in-32 de 664 pages, avec un plan hors texte.

Librairie A. MALOINE, 21, rue de l'École-de-Médecine.

GAUBE (J.). — Cours de minéralogie biologique. Volume in-12 de 231 pages.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

MEILHON. — L'aliénation mentale chez les Arabes. Études de nosologie comparée. Volume in-8 de 108 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 24. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 12 JUIN 1897.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas d'Ictère épileptique ;

par Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

L'influence du système nerveux central sur la fonction biliaire a été mise en lumière depuis longtemps par les effets pathologiques des émotions. On ne met guère en doute l'existence de l'ictère émotionnel (1). A la suite d'une émotion morale vive, en général c'est la frayeur ou la colère (2), il se produit un ictère qui apparaît quelquefois immédiatement comme dans le cas de Bouillaud d'un homme qui, recevant une lettre pénible au moment où il se rasait, put assister au phénomène. Diderot (3), ayant été un jour témoin d'une exécution, revint avec une jaunisse très prononcée. Manoury rapporte qu'un homme fut pris tout à coup de jaunisse en voyant conduire des victimes à l'échafaud ; un autre en se mettant en garde dans un duel. Bricheteau relate plusieurs cas analogues (4). D'autres fois la jaunisse n'apparaît que quelques heures plus tard ; quelquefois même après un intervalle de plusieurs jours : à la suite de chagrins ou d'anxiété prolongés, qui le provoquent aussi quelquefois (5), l'ictère se développe généralement plus lentement. Cet ictère est plus ou moins intense et durable ; mais il guérit en général. Ce n'est guère que chez les névropathes, chez les gens qui « se font de la bile », comme on dit vulgairement, qu'on le voit apparaître. Chez une hystérique de 30 ans, citée par Churton, l'émotion avait été provoquée par un accès d'asthme d'un de ses enfants (6).

Du reste on admet que les émotions tristes, surtout lorsqu'elles sont prolongées, peuvent favoriser la production de calculs biliaires (7), soit primitivement par le retard de la nutrition qu'elles provoquent, soit secondairement en déterminant une exaltation de l'activité cérébrale, qui s'accompagne d'un excès de production de cholestérine : on a dit d'ailleurs que les calculs biliaires sont plus fréquents chez les aliénés que chez les gens sains qui vivent dans les mêmes conditions (1).

La pathogénie de l'ictère émotionnel est encore obscure : sans doute la rétention mécanique de la bile est capable de provoquer l'ictère ; sans doute les voies biliaires sont contractiles ; mais personne n'a provoqué dans les voies biliaires que des contractions à peine apparentes et incapables en tout cas de réaliser une obstruction complète du calibre des canaux excréteurs (2). Il n'y a aucune expérience qui prouve, quoi qu'on en ait dit (3), que les voies biliaires puissent se contracter sous l'influence d'une excitation cérébrale, et rendre compte de l'ictère spasmodique immédiat (4). Quant à l'ictère spasmodique secondaire (5), qui se produit plus ou moins tard, l'hypothèse la plus plausible est celle qui a été émise par M. Potain : sous l'influence du choc moral il se produit une dilatation des vaisseaux abdominaux : la pression diminuant dans ces vaisseaux tandis que la pression intérieure des vaisseaux biliaires n'est pas modifiée, le passage des éléments de la bile par osmose au autrement des canaux biliaires dans les vaisseaux sanguins devient facile. Sous l'influence d'une émotion morale vive, on peut observer des évacuations abondantes de bile se produisant à la fois par la bouche et par l'anus, il y a une polycholie émotionnelle, mais la polycholie n'implique pas la rétention. Liebermeister a imaginé que certains ictères, dits *acathectiques*, peuvent être dus à la diffusion de la bile par des cellules hépatiques. Il admet qu'à l'état normal, les cellules du foie retiennent la bile qu'elles forment, et qu'elles perdent cette propriété cathectique dans certaines conditions morbides (6).

Potain a expliqué l'ictère émotif *retardé* par un embarras gastrique résultant primitivement de l'émotion et provoquant l'ictère par infection (7).

On a rapporté des cas dans lesquels l'ictère se reproduisait à chaque émotion du même genre. Royer (8) cite un jeune homme qui jaunissait chaque fois qu'il se mettait en colère.

Les conditions physiques de la colère ne sont pas sans anologie avec celle des orages épileptiques. Aussi pouvait-on s'attendre à voir la jaunisse figurer parmi les accompagnements de l'épilepsie. « La jaunisse, dit

(1) Ch. Féré. — *La pathologie des émotions*, 1892, p. 253.

(2) Anquetin. — *Considérations générales sur les effets des impressions morales vives considérées dans la production des maladies et dans la thérapeutique*, th. 1835, p, 14. — Wilks. — *Jaundice from mental emotion* (*Brit. med. Journ.*, 1870, t. II, p. 49).— Hardy. — *De l'ictère émotionnel* (*Gaz. des Hôp.*, 1882, p. 9). — A. Fransés. — *Contribution à l'étude de l'ictère émotif*, th. 1895. — Laffite. — *De l'ictère émotif*, th., 1895.

(3) Daraignez. — *Essai sur la pathogénie de l'ictère émotif*, th. 1890.

(4) Bricheteau. — *Quelques considérations de physiologie pathologique sur les rapports particuliers et réciproques qui existent entre le cerveau et le foie* (*Journ. complém. des Sc. méd.*, 1820, t. III, p. 227).

(5) J. Frank. — *Traité de pathologie interne*, trad. Bayle, t. VI, p. 507. — Foot. — *Cases of jaundice of emotional cause* (*Dublin journ. of med. Sc.*, 1874, LVII, p. 17).

(6) Churton. — *Jaundice after anxiety, administration of bromide of potassium, quick recovery* (*Brit. med. journ.*, 1870, t. II, p. 547).

(7) Goodhart. — *Remarks on gall-stones and on their treatment by administration of large doses of olive oil* (*Brit. med. journ.*, 1892, t. I, p. 220).

(1) Beadles. — *Gall-stones in the insane* (*The journ. of mental Sc.*, 1892, p. 382). — Fr. O. Simpson, *The causation and consequences of gall-stone in the insane* (*The Lancet*, 1895, II, p. 1002).

(2) M. Doyon. — *Etude analytique des organes moteurs des voies biliaires chez les vertébrés*, th. Fac. des Sciences, Paris, 1893.

(3) J. Moreau. — *Les facultés morales considérées sous le point de vue médical*, 1836, p. 140.

(4) Potain. — *Ictère spasmodique immédiat* (*Gaz. des Hôpitaux*, 1884, p. 243).

(5) Potain. — *De l'ictère spasmodique secondaire* (*Gaz. des Hopitaux*. 1879, p. 834).

(6) Talamon. — *Un cas d'ictère émotif* (*La Médecine moderne*, 1893, p. 843).

(7) Potain. — *De l'ictère émotif* (*La Semaine médicale*, 1894, p. 381).

(8) Royer. — *De l'influence des passions considérées sous le rapport médical*, th. 1803, p. 41).

Esquirol, qui se manifeste avant ou après l'accès, se dissipe lentement; le malade se plaint d'une douleur à la région du foie, et vomit des matières jaunes. Hippocrate a signalé la bile comme cause de l'épilepsie; Fabricius l'a attribuée à des concrétions biliaires (1). » Cependant, il n'est pas facile de trouver des documents précis relatifs à cette jaunisse épileptique. Todd (2) attribue à l'épilepsie l'ictère que présentait à la suite de chaque accès pseudo-apoplectique un malade de Fleming cité par Stokes, et j'avais accepté cette interprétation (3); mais en remontant à la source, j'ai dû constater qu'il ne s'agissait pas du tout d'épilepsie. « Mais le fait le plus important, dit Stokes (2), était l'existence de symptômes cérébraux très semblables à ceux qu'on observe dans le cas de dégénérescence graisseuse du cœur. Ces attaques arrivent généralement le soir ou pendant le sommeil, la respiration devient tout à coup stertoreuse avec quelques convulsions de la face et le patient s'éveille tout à fait paralysé du côté gauche. La jaunisse accompagne ces attaques, et il est à remarquer que l'hémiplégie et la jaunisse cèdent en très peu de temps. Les muscles retrouvent leur activité en quelques heures, et le jour suivant il reste à peine des traces de jaunisse. » Pour Stokes, il s'agissait d'attaques pseudo-apoplectiques chez un individu qui allait succomber à une affection du cœur.

Bien qu'Esquirol ait paru considérer l'ictère comme un fait banal dans l'épilepsie, sans fournir d'ailleurs de documents précis, c'est un accident rare autant que j'en puis juger par la pénurie de la littérature médicale à ce sujet et par une fréquentation déjà assez longue des épileptiques; à moins qu'on ne considère comme de l'ictère la légère teinte jaunâtre des yeux que l'on remarque chez les épileptiques sujets à des troubles gastriques soit avant, soit après les accès. Et encore c'est un phénomène qui n'est ni très fréquent, ni très marqué, car les auteurs qui ont le plus abusé du rôle des troubles gastro-intestinaux dans la pathogénie de l'épilepsie n'en font pas mention.

En présence du doute bien justifié qui reste sur la réalité de l'ictère lié à l'épilepsie, l'observation suivante m'a paru digne d'attention.

Mme B..., 49 ans, est issue d'une famille nerveuse. Sa mère a eu plusieurs accès de mélancolie, un oncle beaucoup plus jeune présente des migraines avec accompagnements paralytiques; son unique sœur a eu un accès de manie puerpérale. Elle-même paraît avoir été exempte de troubles nerveux jusqu'à l'âge de 21 ans. C'est alors qu'à son premier accouchement elle eut plusieurs attaques d'éclampsie pendant le travail. Elle a deux enfants qui ont eu des convulsions à plusieurs reprises dans l'enfance; le fils, l'aîné, a un tic facial, et la fille a eu des manifestations de petite hystérie.

Depuis son premier accouchement jusqu'à l'âge de 47 ans, Mme B... n'a présenté en fait d'accidents nerveux que quelques écarts de caractère. Ni à propos de la grossesse de sa fille ni à propos de deux grossesses ultérieures terminées par des fausses couches, elle n'a eu ni convulsions, ni délire. Une scarlatine qu'elle a eue à 32 ans a évolué aussi simplement. Il y a deux ans, ayant ses règles, elle fut prise par un orage dans une excursion; elle fut mouillée et très émue des dangers que, pensait-elle, sa fille qui était dans la même situation qu'elle, devait courir (cette fille est sujette à une dysménorrhée provoquée par le moindre accident). Les règles se sont arrêtées brusquement et n'ont plus reparu. Quinze jours plus tard elle fut prise, le soir étant à table, de son premier accès d'épilepsie. Elle pâlit brusquement, poussa un cri, se renversa en arrière, tout son corps se raidit, trépida sur place pendant un moment, puis s'agita de grands mouvements qui la laissèrent dans un coma profond avec respiration stertoreuse. Mise au lit sans que son sommeil soit interrompu, elle dormit jusqu'au lendemain matin avec une respiration bruyante inaccoutumée. Elle n'avait pas uriné pendant l'attaque. Au réveil, elle urina abondamment : l'urine avait une coloration brune très foncée. Ce ne fut qu'un peu plus tard qu'on s'aperçut que les conjonctives étaient jaunes et que les ailes du nez, les tempes et le front avaient une légère teinte.

La coloration s'accentua dans la journée du lendemain, et au moment du lever, elle s'étendait au tronc et aux membres. La teinte des urines était encore plus foncée. La première garderobe du lendemain de l'attaque n'avait pas été examinée. Celle du deuxième jour était décolorée, couleur café au lait clair et très fétide. Le deuxième jour les urines étaient encore très foncées, mais elles ont commencé à se décolorer le troisième jour, et les fécès étaient moins pâles. Tant que la peau a présenté une teinte bien nette, c'est-à-dire pendant huit jours environ, elle a été le siège de démangeaisons intenses, et le pouls était très lent surtout dans le décubitus; il se serait abaissé jusqu'à 28 par minute, le deuxième jour. Pendant les trois mois qui suivirent les accès se reproduisirent tous les 15 jours environ et toujours la nuit après deux ou trois heures de sommeil; à chaque accès l'ictère s'est reproduit avec une intensité plus ou moins grande; toujours la première miction après l'accès présentait les mêmes caractères. On avait considéré ces accidents comme des troubles réflexes qui cesseraient spontanément quand la crise de la ménopause aurait passé.

Cependant à la suite d'un accès qui fut suivi de délire, la famille se décida à agir. Il n'existait aucun stigmate hystérique. Sous l'influence d'un traitement bromuré progressif, les accès se sont éloignés, le dernier accès est survenu après six mois d'intervalle, mais ils n'ont pas diminué d'intensité et l'ictère se reproduit à chaque fois. Dans l'intervalle la malade ne présente aucun accident du côté du foie, et même elle ne souffre d'aucun trouble gastrique important: après le réveil elle éprouve de la lassitude; mais l'appétit n'est pas supprimé, et elle ne manque jamais un repas. Les accès ne s'accompagnent pas de miction involontaire, mais l'état de stupeur puis d'hébétude empêche d'obtenir de l'urine peu de temps après la décharge; dans un cas où on en a obtenu une heure et demie après l'accès, elle présentait déjà la coloration caractéristique et donnait nettement la réaction de Gmelin. La coloration jaune des conjonctives n'est apparue que plusieurs heures après.

Il n'est pas possible de mettre en doute le lien qui existe entre l'ictère et le paroxysme, puisque la séquence est constante. Quant à l'explication du mécanisme, on peut la trouver dans la théorie de Potain de l'ictère émotif.

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, T. I, p. 299.
(2) R. B. Todd. *Clinical lectures on paralysis*, 1856, p. 311.
(3) Ch. Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 203.
(4) W. Stokes. *Diseases of the heart and aorta*. Dublin, 1854, p. 206.

Les Coureurs. — M. le Dr Paul Richer vient de communiquer à l'Académie des beaux-arts le résultat de recherches qu'il a faites sur la manière dont les artistes, aux diverses époques de l'art, ont représenté la *physionomie et l'attitude des coureurs*. Dans ce travail, qui sera publié *in extenso* dans la *Revue de l'art ancien et moderne*, l'auteur a montré que, depuis la Renaissance jusqu'à nos jours, les figures de coureurs créées par les artistes peuvent être ramenées à un même type qui s'éloigne des attitudes réelles du coureur révélées par la photographie instantanée, et se rapproche, en réalité, plus du vol que de la course. Dans l'art antique, « les figures qui courent », nombreuses et fort variées, s'éloignent absolument du type artistique de l'art moderne et se rapprochent de la nature au point qu'un bon nombre d'entre elles semblent calquées sur les images que donne aujourd'hui la chronophotographie.

Empoisonnement par la Digitale. — Une jeune femme, très connue, pour se soustraire à des difficultés autant qu'à des chagrins d'amour, résolut de se donner la mort en absorbant une forte *dose de digitale* qu'elle s'était procurée, en l'achetant par petits paquets chez plusieurs pharmaciens. Elle a succombé ces jours-ci.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les opérations nouvelles sur les voies biliaires (1).

LES OPÉRATIONS EXCEPTIONNELLES SUR LE CHOLÉDOQUE :

Cholédocho-entérostomie et Cholédochectomie ;

par Marcel BAUDOUIN,
Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris,
Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

IV. — CHOLÉDOCHECTOMIE.

SOMMAIRE. — Définition. — Historique. — Manuel opératoire. — Indications.

Définition. — La cholédochectomie *typique* est la résection d'une portion du canal cholédoque, suivie de la réunion à plein calibre des deux extrémités du conduit sectionnées.

La cholédectomie *atypique* consisterait en la résection du cholédoque, suivie d'un abouchement du bout central du canal à la peau, c'est-à-dire une variété de cholédochostomie ; mais cette dernière opération n'a jamais été pratiquée.

La cholédochectomie typique, idéale, est tout à fait comparable à l'uretérectomie classique, c'est-à-dire à la résection uretérale suivie d'uretérorrhaphie. En conséquence, la partie du cholédoque enlevée peut être aussi réduite que possible, c'est-à-dire presque nulle, comme dans le seul cas connu jusqu'à aujourd'hui, celui de E. Doyen (de Reims).

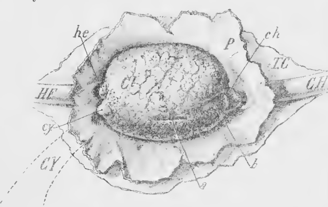


Fig. 46. — Calcul biliaire développé dans le cholédoque. — *Legende* : HE, canal hépatique ; CH, canal cholédoque ; CY, situation probable du canal cystique impossible à retrouver ; V, situation probable de la vésicule probablement absente aussi ; P, paroi incisée de la poche renfermant le calcul ; T C, tissu conjonctif pericanaliculaire (schématique) ; *ch*, extrémité du cholédoque correspondant au cholédoque ; *he*, id. à l'hépatique ; *cy*, id. au cystique atrophié et même disparu ; *a*, *b*, éraillures produites par deux des coups de bistouri qui furent nécessaires pour inciser le cholédoque (Le calcul est représenté par le dessin ci-dessus d'une façon très exacte) (Doyen).

Historique. — Pourtant Martig, qui a réuni dans un travail important (1893) les operations pratiquées jusqu'à cette époque sur les voies biliaires, a rangé sous la rubrique Cholédochotomie l'intéressante observation que notre ami en 1892 a publiée dans les *Arch. pr. de Chirurgie.* Nous pouvons d'autant moins admettre cette façon d'envisager l'opération pratiquée par notre ami que dès cette époque nous l'avions intitulée : *Cholédochectomie avec cholédochorrhaphie* : que M. Terrier ne l'a pas fait figurer dans sa revue sur la Cholédochotomie, et que M. Petit, à l'encontre de M. Jourdan, ne la mentionne pas dans sa thèse.

Aussi bien cette intervention diffère-t-elle d'une cholédochotomie ordinaire par les deux points suivants. Il y a eu, en effet : 1° *division complète* du cholédoque (involontaire, il est vrai), dans le sens perpendiculaire au grand axe, et destruction d'une partie au moins de ce canal, et non pas une simple *incision latérale*, plus ou moins irrégulière, pour l'extraction d'un calcul ; 2° *suture circulaire* des bouts déchirés du conduit, autour d'un tube servant de tuteur, et non suture simple des lèvres d'une ouverture faite à la paroi. Certes, dans ce cas, la résection a été aussi restreinte qu'on peut l'imaginer ; mais il est évident que l'opération de M. Doyen est plutôt une Cholédochectomie, réduite à sa plus simple expression, qu'une Cholédochotomie complexe et d'une espèce vraiment trop spéciale pour être placée à côté de celles exécutées par le procédé classique, quoi qu'en pense notre collègue, M. Jourdan.

Manuel opératoire. — C'est évidemment là une opération très grave, des plus difficiles, qui ne présente qu'un avenir bien médiocre, même quand toutes les conditions anatomo-pathologiques nécessaires pour qu'elle soit praticable sont réalisées au maximum. Aussi nous bornerons-nous ici, sans insister sur les temps qui lui sont communs avec la cholédochotomie (laparotomie, recherche du cholédoque, incision du canal et extraction du calcul) à rappeler comment on a pu l'exécuter. A l'heure actuelle, en effet, il serait prématuré de s'appesantir sur le meilleur procédé à recommander, surtout quand on ne possède qu'une intervention terminée par un... décès.

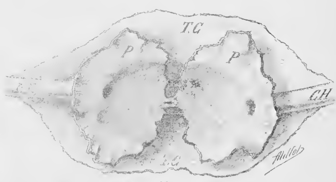


Fig. 47. — Le calcul est enlevé. — *Même Légende* : On voit la place qu'il occupait dans le cholédoque (dépression), les orifices des canaux hépatiques et cholédoque, le point où débouchait jadis le cystique, etc. La paroi postérieure de la poche s'est rompue pendant les manœuvres d'extraction du calcul (Schématique) (Doyen).

M. Doyen y a eu recours dans un cas de calcul très ancien du cholédoque, avec dilatation considérable de ce canal : ce qui l'a rendu possible. *a*) Comme dans beaucoup d'interventions cholédochiennes, il dut faire une incision en T sur la paroi abdominale pour obtenir un jour suffisant. Il incisa le canal au niveau du calcul, comme dans une cholédochotomie classique (*Fig.* 46) ; mais, en extrayant le corps étranger, il déchira complètement le conduit vecteur de la bile ; la poche où il se trouvait et qui siégeait exactement au confluent de l'hépatique et du cystique, fut réduite en lambeaux (*Fig.* 47).

b) Après vérification de la perméabilité des conduits, on introduisit un *drain de caoutchouc rouge* d'une part du côté de l'hépatique, de l'autre du côté du duodénum (*Fig.* 48) ; puis les deux bouts déchirés, distants d'environ 4 centim., furent rapprochés autant que possible par

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet, 1er août 1896 et 5 juin 1897.

une suture en surjets à points passés (*Cholédochorrhaphie*), réunissant les lambeaux de la poche du calcul, d'abord en arrière (*Fig.* 48), puis en avant du drain (*Fig.* 49). Un second surjet, perpendiculaire au premier et cette fois longitudinal (*Fig.* 50), réunit, par-dessus la suture, les feuillets conjonctifs et péritonéaux voisins.

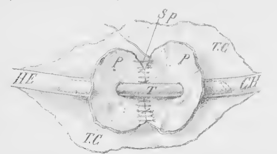


Fig. 48. — *Cholédochorrhaphie* après régularisation (*Cholédochectomie*) des lambeaux formant la poche où se trouvait le calcul (Schématique). — *Légende:* CH, HE, T.C., voir *Fig.* 46 ; T, tube a drainage ; *S.p*, suture des bords de la partie *postérieure* de la poche P. (Doyen).

Cette suture fut renforcée à son tour par quelques points plus superficiels et l'opération terminée comme d'ordinaire. M. Doyen ne draina pas à l'extérieur le champ opératoire, comme cela se pratique habituellement dans la cholédochotomie ; il aurait été cependant prudent de



Fig. 49. — Le cholédoque est fermé (Figure schématique). — *Legende* : HE, CH, T.C, T., voir Figures précédentes ; *S.a*, partie antérieure du premier plan de sutures (Doyen).

ne pas croire à l'infaillibilité des sutures. En tous cas, nous conseillerions vivement ce drainage de sûreté.

Indications. — L'observation de M. Doyen prouve la possibilité opératoire, dans certains cas spéciaux, de la cholédochectomie typique, mais ne démontre nullement sa valeur au point de vue thérapeutique. Cette

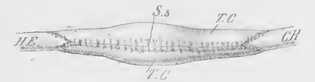


Fig. 50. — La *Cholédochorrhaphie* est terminée (Schéma). — *Légende* : T. C, CH, HE., voir précédemment ; *S.s*, suture placée superficiellement (très schematique), montrant qu'on a suturé par-dessus le cholédoque les tractus de tissu conjonctif, qui entouraient la poche où gisait le calcul. (Doyen) (1).

intervention est certainement cliniquement acceptable —, à condition toutefois de modifier le manuel opératoire, de façon à pouvoir retirer ultérieurement le tube en caoutchouc ou à assurer son évacuation par l'intestin —, puisqu'elle n'a pas tué sur le coup l'opérée, qui a vécu plus de deux jours; puisque la bile a passé dans l'intestin ; puisqu'il n'y avait dans le péritoine aucun épanchement; puisque la mort est survenue certainement par insuffisance de la fonction hépatique chez cette malade réduite à un état très précaire. Mais l'avenir seul montrera si elle est digne d'entrer définitivement dans le domaine de la chirurgie biliaire, au même titre que les diverses variétés d'uretérectomie, avec uretérorrhaphie *urétéro-pyélo-néostomie*, etc.), ou s'il ne vaudrait pas mieux, dans des circonstances analogues, se contenter de l'opération atypique.

(1) Ces clichés sont extraits du mémoire de M. Doyen (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1892).

En tous cas, l'insuccès de M. Doyen ne doit pas arrêter les opérateurs qui, placés dans des circonstances identiques, ne pourraient pas terminer autrement leur intervention.

1° *Calcul du cholédoque enclavé loin du duodénum et très adhérent.* — On ne peut prévoir dès aujourd'hui les indications d'une opération aussi exceptionnelle, à laquelle on ne devra avoir recours que si l'on ne peut employer un procédé moins aléatoire. Il est certain pourtant que, si les médecins continuent à vouloir arrêter l'élan donné à la chirurgie du foie, en empêchant d'intervenir de bonne heure, on se trouvera d'autres fois placé dans les mêmes conditions que M. Doyen, c'est-à-dire en face de *calculs du cholédoque enclavés loin du duodénum* et tellement adhérents que leur ablation déterminera une déchirure complète de ce canal, et qu'il faudra à nouveau refaire cette opération.

On pourrait, il est vrai, dans les cas où l'on soupçonnerait ces difficultés, recourir plutôt à une cholédocho-entérostomie ou à une cholécysto-entérostomie, bien moins dangereuse ; mais il faut pour cela que ces opérations soient possibles et partant que le calcul soit placé d'une certaine façon. Quand le calcul *se trouve au delà de l'embouchure du cystique*, encore faut-il que la vésicule existe. Or souvent elle fait défaut, de même que le canal cystique (ce qui empêche de songer à une cystico-entérostomie), en raison de la loi de Courvoisier, comprise comme nous l'avons indiqué, dès 1892 (1) ; et cela se présentait d'ailleurs dans le cas de Doyen, où il n'y avait pas trace de vésicule ni de cystique. Quand le *calcul est situé plus haut*, on peut également penser à une cholédocho-entérostomie, ou même à une hépatico-entérostomie; mais le calcul, dans ces conditions, à supposer ces opérations possibles, resterait en place et constituerait toujours une épine que certainement il vaut mieux s'efforcer d'enlever.

Espérons plutôt que le médecin, plus avisé et mieux renseigné sur la gravité de ces vieilles concrétions du cholédoque, adressera de meilleure heure son malade au chirurgien, qui n'aura plus devant lui que des corps étrangers faciles à extraire par une simple cholédochotomie.

2° *Tumeur localisée à la partie moyenne du cholédoque* (May, Quénu). — Il existe, on le sait désormais, de petites tumeurs qui se développent sur le canal cholédoque, à une distance plus ou moins grande de son embouchure dans le duodénum. Si on avait l'occasion d'intervenir rapidement dans les cas, d'ailleurs très exceptionnels, où le néoplasme est limité à la partie moyenne du cholédoque (il siège d'ordinaire près de la papille), on pourrait peut-être proposer pour ces faits la cholédochectomie typique ou atypique. Malheureusement, bien exceptionnellement, dans les cas favorables à l'intervention et surtout susceptibles de guérison, on se trouvera en présence d'un conduit suffisamment dilaté.

L'avenir de la résection cholédochienne reste donc pour nous, comme on le voit, des plus limités, et l'opération palliative qui lui correspond, la cholédocho-entérostomie, — malgré son faible intérêt —, semble devoir d'ici longtemps la surpasser encore au point de vue de la fréquence des indications et même de la portée thérapeutique.

(1) *Arch. prov. de Chir.*, n° 2, août 1892, p. 172.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Concours des Médecins des Bureaux de Bienfaisance de Paris.

La *Société médicale des Bureaux de Bienfaisance* vient de discuter les modifications à porter au règlement du concours aux places de médecins de l'Assistance médicale à Paris. Nous n'insisterons pas sur les avantages du traitement à domicile et de l'organisation actuelle de l'Assistance médicale parisienne. Leurs services indiscutés devraient cependant permettre à ceux qui les rendent de tenir parmi les médecins de l'Assistance publique de Paris le rang qu'ils méritent et de ne pas être soumis à des obligations capables de froisser leur amour-propre et leur dignité. Parmi ces obligations, la plus pénible est celle qui exige de tout médecin, déjà investi, un nouveau concours pour occuper une place vacante dans un arrondissement autre que celui pour lequel il a été tout d'abord nommé. Ceci revient, en bonne logique, à dire que le Dr X..., capable de bien traiter les indigents du Ve arrondissement, peut ne pas être reconnu suffisant pour le XIXe ou le XXe. Cette mesure pouvait avoir sa raison d'être au début de l'institution du concours, l'Administration pouvait craindre la pénurie du nombre des candidats. A l'heure actuelle, cet argument n'a plus de valeur ; les médecins de Paris trop nombreux se disputent les places de l'Assistance médicale: les anciens internes, les chefs de clinique même prennent part à ces concours. Au dernier, 107 candidats se présentaient pour 30 places et, dans les arrondissements populeux et pauvres, 10 et 11 candidats briguaient deux vacances. Il n'y a donc plus de raison pour maintenir pareille mesure.

La Société Médicale demande en outre l'application de l'article 17 du règlement, ainsi conçu :

« Les règles générales des concours de l'Administration générale de l'Assistance publique sont applicables à ce concours. »

Aucunes de ces règles générales ne sont appliquées ici. Le concours des médecins des Bureaux de Bienfaisance est le seul concours médical de l'Assistance de Paris où le président du jury est un délégué de l'Administration et non un médecin. Loin de nous l'idée de nous plaindre du président des derniers jurys, membre honoraire de la Société médicale et dont la courtoisie est appréciée de tous nos collègues, mais les réclamations de la Société reposent sur une question de principe, et nous espérons fort que l'Administration approuvera les demandes très modérées d'un corps de médecins modestes qui rendent, sans bruit et sans notoriété, les plus grands services à la population parisienne nécessiteuse. J. Noir.

Assistance médicale gratuite. — Le Conseil général de l'Hérault a voté une ressource d'un demi-centime pour le fonctionnement de l'Assistance médicale gratuite; il a renvoyé à la commission le vœu demandant que, dans les villes où existent des Facultés ou Ecoles de médecine ou des hôpitaux ayant un personnel capable d'enseigner, des Ecoles professionnelles d'infirmiers et infirmières laïques soient créées en vue de former des gardes-malades laïques et des directrices de crèches; qu'en outre, il soit fixé une date à partir de l'ouverture de ces écoles au delà de laquelle on ne pourra être infirmier dans les hôpitaux que si on est muni d'un diplôme régulier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 juin 1897. — Présidence de M. Dupuy.

MM. Charrin et Mangin partant de ce principe que les *cultures chargées de toxines* exercent une action manifeste et destructive sur les bactéries ont voulu rechercher si cette action s'exerçait dans le même sens sur les parasites végétaux non bactériens: penicillum, muguet, etc., et ils ont constaté que dans les bouillons du bacille de Lœffler ou du bacille de Koch ces végétaux se développaient extrêmement bien. C'est donc l'inverse de ce qui se passe pour les bactéries. De plus ces végétaux sont très résistants aux antiseptiques ordinaires. On peut en conclure que quand un parasite s'associe à un microbe, le muguet à l'angine, la mycose aspergillaire dans le poumon du tuberculeux, etc., ce sont les toxines secrétées par ce microbe qui favorisent l'action du parasite.

MM. Gilbert et Garnier présentent l'observation d'une *hémiplégique atteinte probablement de syringomyélie.* En effet, elle présente du côté pris un œdème eléphantiasique du membre inférieur et un aspect tout à fait particulier de la main, décrit par M. Marinesco sous le nom de *main succulente*, sans atrophie musculaire appréciable.

MM. F. Bezançon et Griffon ont étudié la réaction agglutinante dans le sérum du sang des pneumoniques, et cette étude leur a permis de relever des différences de forme et de réaction chez les différents microbes employés. Aussi proposent-ils d'admettre au moins une variété particulière du pneumocoque de Friedlander.

M. Giard dépose une note de M. Léger (de Marseille) sur la régénération des nageoires chez les protoptères.

M. Vaquez a examiné le sang d'une malade ayant subi *l'ablation de la rate pour un kyste hydatique.* Cet examen a été prolongé pendant deux ans. Il a constaté que le nombre des globules rouges se relevait, mais que le taux de l'hémoglobine diminuait; les leucocytes restaient normaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin 1897. — Présidence de M. Caventou.

Un cas d'exosplénopexie.

Dans un cas d'énorme tumeur de la rate, prise d'ailleurs avant l'opération pour une tumeur solide de l'ovaire, M. Houzel (de Boulogne) a pédiculisé la rate en dehors de la paroi par une opération analogue à celle de Poncet pour le goitre. Au bout d'un mois, le sphacèle était complet et l'énorme bloc splénique put être enlevé sans hémorragies.

La respiration nasale.

M. Gariel présente, au nom de M. Mendel, un travail montrant l'importance de la respiration nasale. Pour un même effort et dans le même temps, celle-ci donne plus d'air quela respiration buccale. Les lésions nasales entraînent donc une anoxhémie chronique, source de troubles nombreux chez l'adulte comme chez l'enfant.

Le lait stérilisé.

M. Budin communique une série de statistiques dues a MM. Comby, Variot, Henri de Rothschild, Berlioz (de Grenoble), démontrant les avantages du lait stérilisé. Sur 50.000 décès par diarrhée infantile, qui ont lieu annuellement en France, l'emploi du lait stérilisé en éviterait certainement plus de la moitié.

Séance du 8 juin.

Traitement des gibbosités pottiques.

Ce traitement a fait l'objet d'une série de communications importantes de MM. Calot, Ménard, Chipault, Monod,

après avoir donné dans son rapport un résumé très complet de l'état de la question, discute d'une part les accidents toujours à craindre après le redressement forcé, d'autre part les résultats obtenus et leur durée. L'ancienneté de la gibbosité remontant à plus de trois ans, le nombre des vertèbres atteintes lorsqu'il s'élève à trois ou quatre sont des conditions défavorables au redressement. Mais en résumé la question est encore à l'étude. Les beaux résultats obtenus par MM. Calot et Chipault ne peuvent être contestés. Les réserves faites par M. Ménard sont justifiées dans certains cas.

M. Péan cite un fait personnel de redressement forcé ayant fait disparaître une paraplégie tenace dans un mal de Pott avancé.

M. Berger croit que la paraplégie qui guérit en général spontanément dans le mal de Pott n'est pas une indication absolue pour le redressement.

M. Le Dentu croit que le redressement s'imposera dans le mal de Pott, comme s'est imposé le redressement forcé, si discuté autrefois, dans les ankyloses angulaires du genou.

Calculs de l'uretère.

M. Doyen présente une série d'observations de calculs de l'uretère, enlevés par la voie vaginale et par la néphrotomie. 1° L'uretère calculeux peut se couder près de la vessie et se trouver inaccessible au cathétérisme ascendant. Cette coudure s'oppose également au cathétérisme descendant, pratiqué par une incision du rein. 2° Dans les cas de calculs bilatéraux de l'urètre, la taille urétérale par le vagin peut être pratiquée des deux côtés dans une même séance et combinée à la néphrotomie unilatérale. 3° L'incision du rein sur sa convexité, que Doyen pratique depuis dix ans, est la meilleure voie pour atteindre le bassinet. Elle se ferme seule si l'uretère est perméable.

Kyste fœtal sous-hépatique.

M. Tuffier rapporte un fait de kyste fœtal sous-hépatique, pris pour une vésicule biliaire pleine de calculs et traité avec succès par la laparotomie.

Traitement de prostatiques par la sonde à demeure avec déambulation.

M. Bazy montre que l'emploi de la sonde à demeure prolongé des mois tout en laissant les malades vaquer à leurs occupations donne d'aussi bons résultats que le méat hypogastrique et la castration double. L'influence sur le dégonflement de la prostate et au moins aussi marqué que dans cette dernière opération. L'indication de la sonde à demeure avec déambulation, n'a pas seulement pour indications la difficulté renaissante du cathétérisme, mais aussi la fréquence et la douleur de la miction, les accidents infectieux atténués. A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 juin 1897. — Présidence de M. Debove.

Calculs d'origine hépatique ou intestinale.

M. Mathieu présente à la Société des calculs assez volumineux rendus dans les selles par une malade à la suite d'assez violentes coliques. Le volume des calculs, leur forme, le manque d'ictère portent M. Mathieu à les considérer comme provenant d'une origine intestinale et non biliaire.

Accidents dus au cyclisme.

M. L.-H. Petit signale cinq nouveaux cas de mort subite ou rapide chez des cardiaques se livrant à l'exercice de la bicyclette. Il considère que les cardiopathies, la tuberculose confirmée sont des contre-indications absolues de ce sport. Il en est de même des affections génito-urinaires des deux sexes. Il conseille le cyclisme aux prédisposés à la tuberculose, aux névropathes, aux constipés, aux chlorotiques, etc.

M. Legendre croit aussi prudent de s'assurer, avant de conseiller la pratique du cyclisme, de l'intégrité du cœur. Il croit que souvent l'essoufflement des cyclistes provient de gêne dans la respiration par le nez qui nécessite l'inspiration par la bouche. Il a pu s'assurer que les fonctions génitales de la femme n'étaient pas compromises, mais bien favorisées par le cyclisme. Plusieurs jeunes femmes sujettes à des ménorrhagies ont, après avoir usé de la bicyclette, vu leurs règles se régulariser.

M. Renou cite un cas d'aortite probablement latente éveillée par les efforts qu'exigent les courses à bicyclette.

Pseudo-dysenterie chronique due à des helminthes.

M. Widal, au nom de MM. Sabrazès et Cabannes, communique une observation où des troubles de dysenterie chronique survinrent chez un enfant de six ans, sans qu'au premier abord on pût en reconnaître la cause. La découverte d'œufs d'ascaris lombricoïdes et de trichocéphales firent instituer un traitement vermifuge qui amena la guérison. L'examen microscopique des selles y fit aussi constater des cristaux de Charcot considérés jusqu'alors à tort comme pathognomoniques de la présence de l'ankylostome du duodénum. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mai 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Extirpation du rectum.

M. A. Reverdin (de Genève) adresse un mémoire sur un cas d'extirpation du rectum dans lequel, rejetant complètement comme très dangereux et très difficile l'opération de Kraske, il regarde comme opération de choix l'établissement préliminaire d'un anus iliaque et l'ablation du rectum en entier par le périnée.

Coxalgie.

M. Broca est complètement partisan de l'extension continue par l'appareil de M. Lannelongue, mais peut-être serait-il plus interventionniste que M. Ménard et prendrait-il plus tôt et plus souvent le bistouri pour intervenir plus complètement.

M. Brun n'est pas d'accord avec M. Ménard pour le traitement de la coxalgie et se rapproche plutôt de M. Kirmisson, avec cette différence qu'il emploie l'extension continue qui agit merveilleusement pour supprimer la douleur. Puis, la douleur supprimée, il fait mettre un appareil plâtré, qui immobilise complètement. C'est lui qui prévient les déviations, les attitudes vicieuses. Le redressement forcé peut être employé sans scrupule sous le chloroforme. Il connaît des faits de généralisation, à la suite du redressement, et en signale un. Mais, par contre, il a pu observer cinq faits de méningites tuberculeuses chez des petits malades qu'il devait opérer. Aussi cette doctrine de généralisation, à la suite du redressement, devra-t-elle être appuyée sur un plus grand nombre de faits. Pour le traitement des abcès de la coxalgie, il a plus souvent recours à la ponction et à l'injection, soit de naphtol soit d'éther iodoformé, mais sans s'acharner à faire 5 à 10 injections. Dès que la peau s'amincit, il ouvre largement et laisse se cicatriser à plat. S'il y a des lésions et des trajets fistuleux, il se contente des curettages répétés et surtout de l'immobilisation.

M. Reynier. — Il faut savoir à quels malades il faut appliquer tel ou tel traitement. Traite-t-on un malade de ville comme un malade d'hôpital? Le petit malade que l'on veut transporter, promener, faire séjourner au bord de la mer, se trouvera beaucoup plus facilement immobilisé dans une gouttière de Bonnet que dans l'appareil de M. Lannelongue. A l'hôpital on sera plus utilement et plus pratiquement dans l'appareil plâtré et silicaté que dans la gouttière qu'il faut surveiller chaque jour.

M. Quénu. — Les coxalgiques peuvent être sans déviation notable, avec flexion ou avec abcès. Il est très partisan de l'extension continue et pense que, même chez les malades pauvres, on peut l'appliquer. Au Dispensaire, où se rendent les enfants d'employés pouvant faire quelques frais, que l'on peut envoyer à la campagne, il est tout à fait disposé à leur mettre un appareil de M. Lannelongue. Le redressement brusque ne lui paraît pas plus dangereux qu'à M. Brun. Pour les abcès, il fait des injections modificatrices et la tunellisation, comme l'a préconisé M. Henri Delagénière, à travers le grand trochanter et le col. Ce n'est que dans les cas extrêmes qu'il faut avoir recours à la résection.

Kystes hydatiques du rein.

M. Houzel (de Boulogne). — Les observations de kystes hydatiques du rein opérés sont rares. C'est à la néphrotomie qui paraît moins dangereuse et tout aussi efficace que la néphrectomie qu'il faut s'adresser.

M. Kirmisson a eu l'occasion de voir chez Billroth un kyste hydatique du rein chez l'enfant; on fit la néphrectomie, et le rein parfaitement sain aurait peut-être pu être conservé et la tumeur isolable enlevée. Le déplacement de l'orifice de l'uretère pourrait être observé par le cystoscope.

M. Peyrot a vu quatre cas de kystes hydatiques du rein. Un cas avec ouverture dans l'estomac, pour lequel il fit une néphrectomie. La malade allait bien; mais au bout de quinze jours, une rupture de l'estomac l'emporta de septicémie. Deux néphrectomies avec marsupialisations lombaires permirent de guérir deux des autres malades. Le quatrième, qui présentait un frémissement hydatique absolument type, fut de même ouvert par la région lombaire et suturé à la paroi. C'est donc à la méthode lombaire simple, et peu dangereuse de néphrotomie et marsupialisation qu'il faut avoir recours.

M. Bazy. — Dans un cas, l'injection de sublimé amena de la suppuration et la guérison se fit néanmoins. Quant à la cystoscopie, il faut se défier des anomalies et je me rappelle un fait de pyélo-néphrite gauche où l'on voyait un uretère s'ouvrir à droite. On peut, d'après la situation de l'uretère soupçonner, mais non affirmer, l'existence du rein.

M. Lucas-Championnière. — Il y a un procédé plus simple même que la cystoscopie, c'est la laparotomie exploratrice qui permet de mettre la main dans le ventre et d'affirmer par suite l'existence de l'autre rein et la situation exacte de la tumeur.

M. Schwartz présente un opéré d'*hydronéphrose hémorragique par le cathétérisme unilatéral.*

M. Lejars cite le cas d'un malade ayant reçu un *coup de feu à petits plombs dans la main.* Présentation des plombs et de la photographie Rœntgen.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 juin 1897. — Présidence de M. Josias.

Eucaïnes et cocaïne.

M. Schmidt (de Nancy), à la suite de nouvelles expériences sur les eucaïnes, a pu constater que l'eucaïne A est plus toxique que l'eucaïne B et moins toxique que la cocaïne, mais qu'aucune eucaïne ne jouit d'un pouvoir analgésique suffisant pour être substituée à la cocaïne.

Traitement de l'entérocolite.

M. Mathieu fait remarquer que l'entérocolite contre-indique les purgatifs drastiques. Il croit que de faibles doses de séné alliées à l'hydrastis ou à l'hamamelis peuvent donner de bons résultats comme l'a prétendu G. Sée, si des selles sanguinolentes surviennent. Outre les mesures hygiéniques (massage, gymnastique suédoise) et le régime alimentaire, M. Mathieu conseille les laxatifs et les lavements. Il faut, par exemple, prendre un jour un lavement abondant, l'autre jour deux à trois cuillerées à café d'huile de ricin. Le cascara allié à la magnésie calcinée, la cascarine, etc., peuvent être utiles. Il préfère les grands lavements et les purgatifs salins aux antiseptiques pour assurer la désinfection intestinale. Les lavements abondants doivent être donnés avec douceur, leur quantité doit être de 1 litre, 1 litre 1/2, 2 litres au maximum. M. Mathieu conseille des solutions de biborate de soude, de chlorure de sodium, il proscrit l'eau boriquée et l'eau naphtolée qui sont irritantes. Quand il y a des selles dysentériformes, il approuve l'emploi de la solution de nitrate d'argent à 1 pour 3.000 ou 4.000 qu'a préconisée M. Charrin. Les douches ascendantes à Luxeuil, par exemple, donnent de bons résultats, mais il est préférable de leur substituer les simples lavages du rectum. Les applications chaudes et de préférence froides sur l'abdomen sont de bons adjuvants. En cas de douleurs, la belladone qui ne constipe pas, la codéine, l'extrait de cannabis indica doivent être employés de préférence à l'opium et à la morphine. L'hydrothérapie froide ou chaude, le valérianate d'ammoniaque, le séjour au grand air modifieront l'état névropathique ordinaire chez ces malades. L'alimentation devra être privée d'aliments irritants ou trop fermentescibles (épices, conserves, crustacés, boissons altérées, etc.). On prescrira des légumes en purée, des légumes verts cuits, des fruits cuits, etc. Dans certains cas assez rares (poussées de diarrhée, embarras gastrique), le régime lacté joint aux purgatifs salins sera indiqué.

Traitement des urémies.

M. Legendre lit un rapport sur le traitement des urémies. Pour instituer une thérapeutique générale des urémies, il est indispensable de se rendre exactement compte de leur pathogénie. Il expose les diverses causes qui peuvent déterminer l'empoisonnement complexe qui porte le nom d'urémie. Une première indication est de restreindre l'apport des poisons d'origine alimentaire. Pour cela il conseille le régime lacté, ou s'il ne peut être supporté, il faut bannir de l'alimentation les substances contenant des poisons. Les aliments seront donnés de façon à ce que la digestion soit la plus complète possible. Les fonctions de la peau seront favorisées. Le sucre sera prescrit pour exciter la fonction hépatique qui détruit en partie les poisons du sang. On favorisera les éliminations par les diurétiques, les purgatifs, les lavements froids, l'entéroclyse. Les diaphorétiques peuvent être utiles. Dans certains cas graves, on enlèvera ou diluera directement les poisons dans le sang. La saignée, la transfusion du sang, les injections de sérum dans le sang (lavage du sang) seules ou combinées à la saignée, les injections sous-cutanées de sérum donnent parfois de merveilleux résultats. Les accidents convulsifs nécessiteront l'emploi d'antispasmodiques; les accidents comateux, la caféine, l'oxygène; la dyspnée, la morphine, l'oxygène et la saignée, etc.; les accidents gastro-intestinaux, l'eau chloroformée, l'opium, le bismuth, etc. J. N.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 3 juin 1897. — Présidence de M. O. Beauregard.

M. Longeron, médecin de la marine, présente divers objets et des photographies qu'il a rapportés d'un récent *voyage au Congo*. Parmi ces pièces est un de ces fameux couteaux de jet à quatre lames, tout à fait spéciaux à l'Afrique, et qu'on trouve sur une zone qui s'étend du haut Nil à l'Oubanghui. M. Longeron l'a obtenu d'un officier belge du Congo, car cette arme est inconnue des populations de la côte. Parmi ces populations, ce sont les Pahouins qui ont le plus particulièrement attiré l'attention de M Longeron : et ce sont, en effet, les plus intéressants. Car immigrés depuis peu, venant de l'Est, ils ont envahi le Gabon et se répandent déjà au Sud. Nous savons que ce ne sont pas des nègres. Leur teint bronzé paraît clair à côté de celui des Wolofs. Plusieurs portraits montrent bien que leur nez n'est pas épaté, du moins chez les individus indemnes de mélanges, mais assez saillant; leurs lèvres médiocrement épaisses, jamais déroulées; leurs cheveux plus longs, mais cependant crêpelés, seulement moins crépus que chez les nègres, dit notre voyageur. M. Longeron nous confirme ce que nous savions de leurs mœurs. Décidément, ils ne se mettent pas à l'agriculture, se livrent peu au commerce, chassant et pêchant pour leurs besoins uniquement, ou se livrant à des déprédations chez leurs voisins. Ils se nourrissent surtout de maïs et de manioc; mangent beaucoup de piment; et préfèrent à la viande et au poisson frais, des viandes et des poissons longuement fumés et fortement odorants. Et, en somme, ils ne font pas de cuisine à proprement parler. Sur des questions qui lui sont posées à propos des métis et des Annamites, M. Longeron répond en substance : Il ne se forme pas de population métisse. Les négresses, femmes de blancs, leur sont fidèles vis-à-vis des blancs, mais les trompent *toujours* avec quelque nègre. Et quant aux produits de leur commerce avec les blancs, elles s'en débarrassent, les infanticides étant communs. Les blancs ont généralement plusieurs femmes sous les ordres d'une première femme dirigeant le travail de la maison. L'autorité des fonctionnaires de l'État belge est d'autant plus grande qu'ils entretiennent plus de femmes. Et le nombre de celles-ci doit toujours être en rapport avec leurs grades. Les Annamites introduits jusqu'ici et qui

rendraient tant de services dans les habitations, ne paraissent pas se plaire et prospérer. Ils méprisent, en effet, beaucoup les nègres et ne veulent pas être confondus avec eux. Or, les blancs les maintiennent dans un état de subordination vis-à-vis de leurs maîtresses noires. M. Longeron n'a pas vu d'unions d'Annamites avec des négresses. Cependant on n'introduit pas dans la colonie de femmes Annamites.

M. Rivière expose les découvertes qu'il a faites dans la fameuse *grotte de la Moutte* (arrondissement de Sarlat, Dordogne) et présente un grand nombre des pièces qu'il a recueillies. Il y a de la poterie néolithique et des silex appartenant à des foyers quaternaires de toute époque. Parmi les animaux dont les restes abondent, le renne était dominant. Les ours furent aussi très nombreux. M. Rivière a recueilli des os d'individus de tout âge. L'hyène était commune. La grotte de la Moutte s'enfonce d'ailleurs à plus de 300 mètres sous terre. Il faut enlever plusieurs milliers de mètres cubes de dépôts anciens pour la déblayer entièrement. On est donc loin de savoir tout ce qu'elle renferme. Elle a attiré l'attention depuis quelques années, parce qu'on a relevé sur les parois de son couloir postérieur des gravures d'animaux. Ce sont des gravures de grande dimension faites à gros traits, d'un travail d'enfant, et colorées avec une matière ocreuse. La plus remarquable représente un bœuf à bosse énorme. On peut admettre que son auteur a voulu représenter l'aurochs, disparu de nos contrées depuis la fin du quaternaire. Ces gravures sont d'ailleurs certainement anciennes, leur partie inferieure plongeant dans les couches stalagmitiques. Mais on se demande comment et pourquoi elles ont été tracées, dans ce couloir obscur, où les parois ne portent aucune trace de fumée et où elles ne pouvaient être vues de personne. Z.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Rédacteur spécial : Dr L. Merle.

III. — Femmes en couches et nouveau-nés; par P. Budin. — 1896, O. Doin, éditeur.

III. — Sous le titre de : *Femmes en couches et nouveau-nés. Recherches cliniques et expérimentales*, le Dr Budin a réuni, dans un volume de 600 pages, les travaux qu'il a écrits dans ces dernières années, travaux épars dans les journaux ou dans les comptes rendus des diverses sociétés savantes. Il y a ajouté un certain nombre de mémoires nouveaux. 146 figures et 7 planches coloriées illustrent cet ouvrage.

On peut y distinguer deux parties, l'une obstétricale, l'autre relative à l'hygiène et à l'alimentation des nouveau-nés. Dans la première, peu de sujets ont échappé à l'étude de l'auteur. On y trouve des *recherches sur l'hymen* et *l'orifice hyménal*, sur la *perforation des petites lèvres*, les *thrombus du vagin* pendant la grossesse, les *anomalies du col utérin*; des notes et des communications intéressantes sur des sujets encore peu connus, tels l'*accommodation en obstétrique*, la *rotation exagérée de la tête pendant l'accouchement*, etc. Mais une partie capitale est réservée aux plus importantes des leçons qui ont été faites aux étudiants à l'hôpital de la Charité et à la Maternité.

Ces leçons portent sur des sujets peu étudiés jusqu'alors ou tout à fait à l'ordre du jour. C'est ainsi que dans la leçon sur les *rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique*, on voit le rôle important que peut jouer l'intestin pendant la grossesse et surtout pendant les suites de couches. L'*asymétrie des fesses au point de vue obstétrical* et *A propos du bassin ilio-femorat* sont deux leçons où sont appliqués à l'obstétrique les travaux si importants du Dr P. Richer, qui permettent de faire presque mathématiquement le diagnostic de la luxation de la hanche d'avec les autres affections avec lesquelles on pourrait la confondre. Dans une autre, on apprendra les symptômes d'une affection relativement rare, l'*arthrite puerpérale de la symphyse sacro-iliaque*.

Jusqu'à ces dernières années, on indiquait comme signes du placenta prævia, les hémorragies pendant la grossesse, la rupture prématurée et spontanée des membranes, l'accouchement prématuré. M. Budin, dans ses leçons, montre que ces deux derniers symptômes en particulier, n'ont aucune valeur. Quant aux hémorragies de la grossesse, elles peuvent être dues aussi bien à un décollement prématuré des membranes, mais surtout à ce que Jacquemier et Duncan avaient pensé sans en fournir la preuve, à cet accident que M. Budin a pris sur le fait, a signalé et qui a été retrouvé souvent après lui, la *rupture du sinus circulaire*. Citons en passant un mémoire sur l'*insertion centrale du placenta*, qui n'est plus contestée aujourd'hui.

Dans les volumes publiés antérieurement, M. Budin avait fait des recherches sur le cordon ombilical. Ces recherches ont été poursuivies. Nous trouvons un *nouveau mode de ligature du cordon*, la description d'une *tumeur de la tige funiculaire*. Un point jusqu'alors très controversé de médecine légale, la *rupture spontanée du cordon pendant l'accouchement*. Puis des recherches sur le *mode d'insertion et* la *latérocidence du cordon ombilical*.

La question de la conduite à tenir dans les bassins rétrécis est celle qui passionne en ce moment le monde des accoucheurs Des opérations depuis longtemps oubliées sont revenues à la mode, de nouveaux instruments ont été inventés, le forceps, la version, l'accouchement prématuré sont des opérations qui ont leurs partisans et aussi leurs détracteurs. Quelques accoucheurs sont même allés jusqu'à vouloir les rayer du cadre des opérations obstétricales pour les remplacer par la symphyséotomie ou l'ischio-pubiotomie. Or, dans les leçons sur les *applications de forceps au détroit supérieur dans les bassins viciés par rachitisme*, on verra ce qu'il faut penser du forceps. La *discussion sur la symphyséotomie* nous donne un peu de lumière sur cette opération et sur ce que peut donner la version.

Enfin, des *recherches expérimentales à propos de l'ischio-pubiotomie* et à propos du mensurateur-levier-préhenseur démontrent nettement que de ces deux choses, la première est inutile, la seconde bien inférieure aux procédés habituellement employés.

Sans nous arrêter à différents travaux concernant la *mort apparente des nouveau-nés* et l'*insufflation*, l'*ophthalmie purulente* et son traitement prophylactique, les *monstruosités fœtales*, etc., arrivons directement à la partie la plus importante de ce volume parce qu'elle est toute d'actualité et grosse de conséquences, celle qui a trait à l'*hygiène de l'enfance* et à l'*allaitement des nouveau-nés*.

C'est de la fin de 1891 que datent les premiers essais d'allaitement des nourrissons par le *lait stérilisé*. Certes, plus que tout autre, l'auteur recommande l'allaitement maternel, mais dans les cas où le sein de la mère ou celui de la nourrice manque, il fallait bien trouver pour le remplacer. Des essais timides furent d'abord tentés, puis encouragés et tout le monde sait aujourd'hui quelle impulsion énorme a reçu l'allaitement par le lait stérilisé et quels énormes services il rend chaque jour. On trouvera dans le livre de M. Budin les recherches et les communications faites sur ce sujet, on verra par quelles phases successives a passé cette idée. On apprendra en même temps comment il faut se servir de cet allaitement auquel tant d'enfants déjà doivent de n'avoir pas succombé. Des mémoires sur l'antisepsie et l'enseignement de l'obstétrique complètent cet intéressant ouvrage.

IV. — La pratique gynécologique; par Doléris et Pichevin. — 1896, Rueff et Cie, éditeurs.

IV. — On éprouve comme un soulagement en lisant les deux premiers fascicules, qui viennent de paraître, du livre de MM. Doléris et Pichevin. Nous allons donc avoir un *Traité pratique* de Gynecologie, dont l'absence se faisait par trop sentir. Les gros traités parus jusqu'ici, compilations volumineuses de procédés opératoires, pourraient plutôt s'intituler : Médecine opératoire gynécologique ; intéressants peut-être pour les chirurgiens au point de vue scientifique, mais presque sans utilité pour le praticien et le vrai gynécologue, dont le but est d'arriver à un diagnostic exact et à guérir en ne détruisant que le moins possible.

Doléris, dans sa préface qui exprime si bien le sentiment du vrai médecin, l'a dit avec beaucoup de justesse : « Le médecin français apprécie peu le fatras des descriptions et la nomenclature fastidieuse des opinions discordantes qui ne concluent

pas. Que tirer de pratique, en effet, de l'exposé du manuel de dix opérations différentes adaptées au même objet? Une seule lui paraît suffire; ou s'il est nécessaire de plusieurs, il exige qu'on détermine nettement les conditions spéciales auxquelles chacune de ces variantes s'adapte le mieux. Il veut, en un mot, le pourquoi, le motif raisonné de l'intervention et du choix. Incapable de se faire sa critique seul, puisqu'il est dépourvu des centres d'enseignement où cette critique s'établit naturellement par le contrôle des faits, il réclame au moins un avis autorisé qui lui serve de guide. »

Cette phrase indique bien dans quel esprit l'ouvrage a été composé. Cet avis autorisé que réclame le praticien, Doléris et Pichevin le lui donneront. Dans ce livre, il trouvera en grand nombre des opinions personnelles marquées au coin du meilleur sens critique. C'est l'œuvre de *cliniciens*, exposant clairement ce qu'ils ont observé, les conséquences qui en découlent et les conclusions auxquelles ils ont été conduits. Ce *Traité pratique* manquait; nul mieux que MM. Doléris et Pichevin ne pouvait le conduire à bien. Aussi doit-on les féliciter et leur être reconnaissant de mettre à la portée de tous les résultats de leur grande expérience.

Sans entrer dans le détail, nous nous bornerons à dire que le premier fascicule, œuvre de M. Doléris, traite des maladies inflammatoires des organes génitaux de la femme *en général*; il est dominé tout entier par la doctrine moderne de l'infection.

Le second fascicule a été fait en collaboration avec le Dr Pichevin. Il est divisé en trois parties. Dans la première, des chapitres sont consacrés au diagnostic gynécologique en général, à l'asepsie et à l'antisepsie, comment cette dernière doit être pratiquée : antisepsie de l'opérateur, des aides et de la malade, de la salle d'opération et des instruments. Quelques pages concernent l'anesthésie générale ou locale, nécessaire dans la plupart des cas. On arrive enfin à l'examen du malade : interrogatoire, postures, différentes méthodes d'examen, etc. Enfin, thérapeutique intra-utérine, exploration de la vessie, des uretères.

La seconde partie traite de la séméiologie générale : valeur et interprétation des symptômes observés. Dans la dernière partie les auteurs donnent la description et la technique de quelques méthodes thérapeutiques : électrothérapie, massage, gymnastique, balnéothérapie. L'ouvrage est orné de planches et figures nombreuses faites avec grand soin ; la lecture en est facile et attrayante. L. M.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique des maladies du système nerveux. Hospice de la Salpêtrière (année 1895-96). 2e sem.; par le Pr Raymond. 1 vol. in-8 de 776 p., avec 114 pl. et fig. — Paris, O. Doin, 1897.

M. le Pr Raymond vient, sous forme d'un volume de plus de 700 pages, luxueusement édité, orné de nombreuses planches et figures, nous faire part du labeur de l'année scolaire 1895-1896. L'année dernière, nous disions à cette place combien le premier effort du nouveau professeur de clinique des maladies du système nerveux avait été considérable, nous constatons aujourd'hui simplement et en toute sincérité que M. Raymond s'est encore surpassé, doublant sa tâche pour la plus grande satisfaction des nombreux fidèles de son enseignement qui retrouveront dans ce deuxième livre l'écho des leçons attentivement écoutées. Il est difficile de rendre compte de cet ouvrage. L'an passé, M. Raymond, obéissant à un pieux devoir, avait consacré nombre de ses leçons à résumer l'œuvre générale de Charcot, le maître illustre dont il a gardé les traditions. Cette année les faits et les idées se pressent plus personnels et la diversité des sujets traités, puisés au sein de cette merveilleuse clinique de la Salpêtrière, est aussi défavorable à l'analyste qu'elle est bénéficiable au lecteur. Comme il est bien difficile de dépouiller sa personnalité scientifique, M. Raymond a dû certainement se souvenir qu'il avait autrefois, dans un livre devenu classique, étudié les atrophies musculaires et les maladies amyotrophiques; aussi une bonne partie du présent volume est-elle consacrée aux polynévrites et aux relations que celles-ci affectent avec les poliomyélites antérieures aiguës ou subaiguës. Le sujet est tout d'actualité tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique, il soulève encore bien des inconnues que M. Raymond a souvent résolues avec un rare bonheur. C'est ainsi que sans ambages, dès la première leçon, il aborde l'étude des rapports de la paralysie ascendante aiguë avec la poliomyélite antérieure et la polynévrite motrice. L'histoire clinique très intéressante d'un malade sert de thème à des considérations qui pourraient bien marquer l'étape définitive de cette question encore si controversée. M. Raymond montre par quelles phases a passé la maladie décrite par Landry, en 1857, et que cet auteur considérait comme essentielle, *sine materia*. Il nous fait voir comment les travaux de Duchenne sur les poliomyélites aiguës ou subaiguës influencent les écrivains au point que la maladie de Landry entre dans le cadre des myélopathies. Comment aussi les notions plus récemment acquises sur les polynévrites avaient dans ces dernières années fait pencher la balance en faveur d'une lésion des neurones périphériques. La paralysie de Landry devenait la bonne à tout faire de la pathologie nerveuse, chacun la classant au gré de la doctrine qui avait ses faveurs. Mais M. Raymond n'est pas un doctrinaire, il se réclame de Vulpian et de Charcot qui, en fait de doctrines, voulaient des faits éclairés, comme disait Morgagni, par l'ouverture des corps. Dans le même ordre d'idées, il suit le précepte de l'Ecole « qu'il ne faut pas multiplier les espèces », les entités morbides comme nous dirions aujourd'hui. Aussi sa conclusion raisonnée, très sévèrement et très judicieusement discutée est-elle que des liens communs unissent la paralysie ascendante aiguë, la poliomyélite antérieure aiguë ou subaiguë et la polynévrite motrice. Elles peuvent différer quant à la forme, mais elles sont une par l'étiologie. Dans les trois cas celle-ci est similaire, les sources communes sont les infections et les auto-intoxications. Leur symptomatologie respective n'est d'ailleurs pas invariable, les expressions cliniques se fondant par certains côtés les unes dans les autres. Toutes les trois d'ailleurs reconnaissent pour base l'adultération d'un même organe, le neurone moteur-périphérique. On le voit, M. Raymond, dans son enseignement, ne se laisse pas absorber uniquement par le symptôme clinique observé ou la constatation de la lésion anatomique, il accorde à la notion étiologique, en matière nerveuse, la prépondérance qu'elle a acquise dans les autres domaines de la pathologie. En premier lieu il souligne l'influence de la prédisposition, de l'hérédité morbide. Tel agent toxique ou infectieux retentira sur l'organisme au prorata de la prédisposition héréditaire des éléments nerveux qui le composent. Vis-à-vis d'un même agent nocif la réaction organique individuelle domine la pathologie générale; il ne faut pas conférer à de simples syndromes une autonomie qui fait souvent défaut, assigner des lignes de démarcations arbitraires. C'est en se guidant sur les récentes découvertes en anatomie fine des centres nerveux qu'on arrivera à établir des sélections, à reconnaitre les diverses branches du même tronc d'où émanent la paralysie ascendante aiguë, la poliomyélite antérieure et la polynévrite motrice. Ce chapitre de pathologie générale sert d'introduction nécessaire à l'étude des polynévrites dont le professeur de la Salpêtrière fait un exposé très complet au point de vue étiologique, clinique, anatomopathologique et thérapeutique, c'est le meilleur travail d'ensemble que nous possédions actuellement sur la question. C'est ainsi que sont successivement passées en revue les principales d'entre elles, celles aussi qui sont les plus sujettes encore à controverse : les paralysies diphtéritique, sulfo-carbonée, tuberculeuse, paludéenne, alcoolique, saturnine, arsenicale, typhique, etc. M. Raymond insiste sur les symptômes rares ou peu connus : les paralysies des muscles de l'œil, des sphincters, la psychose polynévritique. Au point de vue anatomique l'étude est complète, savamment ordonnée des lésions du neurone périphérique et surtout des supports qui les unissent avec les altérations concomitantes des grandes cellules des cornes antérieures. La rareté relative de ces dernières contraste avec la constance des adultérations des nerfs périphériques, bien que la méthode récemment inaugurée par Nissl permette aujourd'hui de remplacer des hypothèses par des affirmations. Mais si le processus anatomique reste sensiblement le même dans ce groupe morbide, si l'étiologie en réunit les divers fais-

ceaux, il ne faut pas oublier que l'évolution clinique, que le pronostic les différencient. On voit par cet exposé combien M. Raymond reste l'ennemi des conceptions purement doctrinales.

Ce qui montre bien d'ailleurs la démarcation qu'il y a à établir entre les poliomyélites et la polynévrite, c'est la leçon (XXI) qu'il consacre à l'étude d'un cas d'atrophie musculaire d'origine myélopathique. On sait combien fut discuté pendant ces dernières années le type clinique établi par Aran et Duchenne bien qu'il semblât inattaquable à la fois sur le terrain clinique et anatomo-pathologique. L'étude plus serrée des polynévrites, la découverte pour ainsi dire de la syringomyélie avaient semblait-il, fait reléguer dans le grenier des antiques l'ancienne atrophie musculaire progressive. La thèse de M. Jean Charcot fut à ce sujet un véritable acte de courage scientifique dont l'auteur n'eut pas d'ailleurs à se repentir. L'étude du malade dont M. Raymond expose l'histoire clinique permit pendant la vie de poser le diagnostic de poliomyélite type Aran-Duchenne, l'anatomie pathologique confirma ce que la clinique avait avancé. L'existence de l'atrophie musculaire progressive ne saurait donc plus être contestée.

A mon grand regret je ne puis analyser toutes les leçons que renferme le livre de M. Raymond. Je signale toutefois d'une façon toute particulière celle (XXIII) qui est consacrée à l'étude d'un cas de syphilis héréditaire de la moelle épinière revêtant la forme amyotrophique. La notion étiologique est indéniable dans ce cas qui reste jusqu'à présent unique dans les fastes de la syphilis héréditaire. Il nous montre comment cette maladie générale peut toucher tous les éléments du système nerveux et produire des formes cliniques éminemment variées avec lesquelles devra compter le clinicien soucieux d'établir une thérapeutique rationnelle. Signalons à ce propos les recherches faites dans le laboratoire de M. Raymond sur l'anatomie pathologique de la syphilis héréditaire de la moelle qui ont singulièrement contribué à mettre au point une question qui, il y a quelques années à peine, semblait ne pas même exister.

M. Raymond consacre trois leçons à la pathologie du bulbe. L'une d'elles (XXVI) est un modèle d'analyse clinique et anatomique. Il s'agit dans l'espèce d'une paralysie alterne sensitive doublée d'une paralysie alterne motrice. Après avoir éliminé l'hystérie, M. Raymond, par l'étude minutieuse de la répartition du faisceau sensitif dans le bulbe, s'aidant des travaux les plus récents en la matière, conclut à l'existence d'une lésion en foyer dont il détermine nettement le siège. Toute cette difficile étude est conduite avec une sûreté de main véritablement très remarquable. Je voudrais, dans le même ordre d'idées, signaler une série de leçons sur un cas d'hématomyélie présumée du renflement cervical, sur un cas de syringomyélie avec anesthésie totale, sur un autre simulant la sclérose en plaques, pour mettre en évidence la sagacité dont M. Raymond a fait preuve pour résoudre les problèmes cliniques qu'il s'est posés. A un point de vue plus général, j'indiquerai les leçons sur les contractures systématiques chez les extatiques et les troubles psychopathiques de la miction.

J'ai déjà dit que dans ces leçons M. Raymond s'était montré clinicien consommé, anatomiste érudit, pathologiste disert, j'ajouterai que chez lui le thérapeute n'a pas droit à moins d'éloges. Il n'est pas une leçon, en effet, qui n'ait sa conclusion thérapeutique toujours sévèrement et minutieusement formulée. M. Raymond a compris et fait comprendre à ses élèves que toutes les ressources dont nous disposons devaient tendre à établir un traitement rationnel basé sur l'étiologie, sur l'évolution de la forme morbide en présence de laquelle on se trouve placé. Sous ce rapport, les développements dans lesquels il entre à propos des polynévrites méritent d'être signalés. Mais je veux accorder une mention toute particulière à l'étude à laquelle il s'est livré des formes cliniques du tabes, montrant qu'il en est qui doivent être respectées alors qu'il faut user de toutes les ressources de l'art pour entraver l'évotion de certaines autres. Savoir s'abstenir d'une thérapeutique intempestive est quelquefois le commencement de la sagesse en matière de tabes; par contre, lorsque la syphilis s'ajoute à l'affection sur laquelle pèse une grave hérédité morbide, il faut user de toutes les ressources et ne pas craindre d'associer les diverses méthodes de traitement : rééducation des muscles par le procédé de Frænkel au point de vue simplement palliatif, procédés mécaniques agissant directement sur la moelle et dont l'action est singulièrement plus profonde. A ce propos, M. Raymond reste un partisan décidé de l'élongation médullaire qu'il a le premier introduite en France, dans le traitement du tabes, mais il est nécessaire, sous peine d'insuccès, de poser les indications précises de cette méthode avant d'intervenir.

Tel est cet ouvrage. Malgré la diversité des sujets traités, on sent qu'une idée directrice de premier ordre a présidé à toutes ces leçons dont l'ensemble harmonieux est un fleuron de plus ajouté aux lauriers qu'a moissonnés l'Ecole de la Salpêtrière, dont l'auteur est aujourd'hui le chef.

GILLES DE LA TOURETTE.

VARIA

Deuxième Congrès national d'Assistance.
(ROUEN, 1897.)

Sous la présidence de M. le Dr Théophile ROUSSEL, Sénateur, à l'Hôtel-de-ville de Rouen.

Ordre du jour.

Lundi 14 juin. — A deux heures de l'après-midi : Ouverture du Congrès par M. Barthou, ministre de l'Intérieur. — *De l'assistance aux nécessiteux valides sans travail.* Rapporteur : M. le Dr Gibert, du Havre, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Mardi 15 Juin. — A neuf heures du matin : *Séance de sections.* — A deux heures de l'après-midi : *De l'organisation des crèches.* Rapporteur : M. le Dr Napias, président du Conseil des inspecteurs généraux de l'Assistance publique, membre de l'Académie de Médecine.

Mercredi 16 juin. — A neuf heures du matin : *Séance de sections.* — A deux heures de l'après-midi : *Des divers modes d'assistance médicale et de l'hospitalisation des malades indigents dans les grandes villes.* Rapporteur : M. le Dr Billon, ancien président de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris, secrétaire de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance.

Jeudi 17 juin. — A neuf heures du matin : *Séance de sections.* — A deux heures de l'après-midi : Visite des établissements d'assistance.

Vendredi 18 juin. — A neuf heures du matin : *Séance de sections.* — A deux heures de l'après midi : *Comment doit être pratiquée l'assistance aux vieillards ou infirmes privés de ressources.* Rapporteur M. Paul Strauss, conseiller municipal de Paris, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Samedi 19 juin. — Départ pour le Havre à 6 h. 57 du matin. Visite aux établissements d'assistance. Clôture du Congrès.

Ordre du jour des sections.

1re *Section.* — Assistance publique en général, Dépôts de mendicité, Monts-de-Piété.

Mardi 15 juin. — M. Hie. L'assistance par le travail de Rouen. Son origine, ses résultats, ses projets. — M. le Dr Lausies. L'assistance par le travail au Havre. — M. O. Marais. Notice sur l'assistance par le travail pour les femmes.

Mercredi 16 juin. — M. Beaurain. Monts-de-Piété. Taux d'intérêts des prêts. — M. Beaurain. Monts-de-piété. Taux de l'intérêt à servir sur les cautionnements.

M. Duval (Edm.). Monts-de-piété. Taux de l'intérêt des prêts. Les Monts-de-Piété doivent-ils être autorisés à prêter sur valeurs mobilières? — M. Barthès. Recherches des moyens pour remédier à l'insuffisance de l'Assistance publique.

Jeudi 17 juin. — M. Bordeaux. Le refuge de nuit de Rouen. — M. de Pulligny. Statistique des asiles de nuit de Paris. — M. le Dr Drouineau. De l'assistance aux nomades.

Vendredi 18 juin. — M. Le Verdier. Essai d'assistance mutuelle dans un canton rural. — M. Crépieux-Jamin. L'assistance des libérés, son importance sociale et humanitaire — M Laillier. Assistance aux indigents des campagnes, trop affaiblis pour travailler par suite d'accidents ou de maladie violente. Syndicats des communes.

2e *Section.* — *Services de l'enfance, crèches.*

Mardi 15 juin. — M. Carlier (Arras). De l'assistance des pupilles infirmes majeurs. — M. le Dr Ledé. Modifications à apporter à la loi Roussel et au règlement d'administration publique. Projets. — M. Cambillard. Protection de l'enfance. — M. le Dr de

Welling. De l'application de la loi Roussel aux enfants élevés chez leurs parents. — M. le Dr Bauzon. Les crèches de sevrage. Utilité et organisation.

Mercredi 16 *juin*. — M. le Dr Ledé. Rapport sur les conditions de placement des enfants en nourrice et en particulier les bureaux de nourrices. — M. le Dr Toussaint. De l'assistance médicale des enfants du premier âge protégés (nourrissons) en cas de maladie. — M. le Dr Bataille. Suppression du règlement qui interdit aux nourrices au sein des maternités de conserver et d'allaiter leur propre enfant. — M. le Dr Paris. Avantages de l'assistance des prédisposées à la folie, enceintes ou nourrices.

Jeudi 17 *juin*. — M. le Dr Sutils. Application des pesages réguliers à la surveillance des enfants du premier âge. — M. Gilles. Statistique décennale du service de la protection de l'enfance à Rouen (1885-1895). — M. Gilles. Du calcul de la mortalité des enfants placés en nourrice. — M. Barthès. Contribution à l'application de la circulaire du 25 août 1896 sur le nouveau mode de statistique de la mortalité des enfants du premier âge.

Vendredi 18 *juin*. — M. Savouré-Bonville. Mémoire et projets de vœux touchant les enfants assistés et moralement abandonnés. — M. le Dr Metton-Lepouzé. Ecoles de réformes et de moralisation. (Loi du 24 juillet 1889.)

3e *Section. — Hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés, Assistance à domicile.*

Mardi 15 *juin*. — M. Rondel. Les conséquences économiques et sociales de la loi sur l'assistance médicale gratuite. — M. Marois. L'assistance médicale gratuite. Ses conséquences administratives et financières.

Mercredi 16 *juin*. — M. le Dr Léon Petit. L'assistance aux tuberculeux. — M. le Dr Billon. Prophylaxie de la tuberculose dans les bureaux de bienfaisance. — M. le Dr Brunon. La tuberculose dans les hôpitaux de Rouen. — M. le Dr Halipré. L'hospitalisation des indigents tuberculeux. — MM. Legras et Picard. Note sur l'organisation de l'assistance publique à Rouen.

Jeudi 17 *juin*. — M. le Dr Bataille. Rapports des hôpitaux et des dispensaires avec les Compagnies d'assurances. — M. le Dr Bataille. Vœu pour la création d'une Caisse de retraite en faveur des infirmiers et infirmières des hôpitaux. — M. Caux. La Caisse de secours pour les malades indigents sortant des Asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure.

Vendredi 18 *juin*. — M. le Dr de Backer. Le sanatorium à pavillons séparés. — M. le Dr Sorel. L'assistance chirurgicale rapide. — M. le Dr Mauriac. Les ambulances urbaines.

Assainissement de Paris et de la Seine : Gennevilliers.

Un décret du 23 février 1895 a institué une commission de surveillance pour l'utilisation des eaux d'égout dans la presqu'île de Gennevilliers. Cette commission, composée de MM. Bourneville, pour le Comité consultatif d'hygiène de France ; Bouvier, inspecteur général des ponts et chaussées pour le Ministère de l'Agriculture; Laurent-Cély, pour le Conseil général de la Seine ; le Pr Proust, inspecteur général des services sanitaires, pour le Ministre de l'Intérieur, s'est réunie à l'Hôtel-de-Ville le 2 juin. Elle a nommé M. Laurent-Cély, président, et M. Bourneville rapporteur.

L'hôpital de Villepinte.

L'assemblée générale de l'œuvre de l'Hôpital de Villepinte a eu lieu récemment. C'est M. Albert Vandal, de l'Académie française, qui a lu le rapport.

Le comte Vandal a ensuite donné quelques chiffres. L'œuvre a encaissé pendant le dernier exercice la somme de 313.640 fr. 14. Elle a dépensé 309.594 fr. 67. Il a ensuite remercié les bienfaiteurs et les bienfaitrices. Dans sa péroraison, il a montré que, grâce aux soins donnés à l'hôpital de Villepinte aux jeunes filles atteintes de tuberculose, la terrible maladie peut guérir.

Le rapport de M. le Dr Gouët a été lu ensuite par son fils. Il en résulte que l'hôpital de Villepinte a abrité cette année 471 phtisiques. 27 malades phtisiques au premier degré ont été soignées dans l'établissement d'Hyères et 153 anémiques à celui de Champrosay. Sur ces 651 pensionnaires, 56 sont mortes, 116 sont sorties complètement guéries.

Médecins experts devant les tribunaux en Algérie.

Le Président de la République française, — Sur le rapport du Garde des sceaux, Ministre de la justice et des cultes, du Ministre de l'intérieur et du Ministre de la guerre, — Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, et notamment les paragraphes 2 et 3 de l'article 14, ainsi conçus : « Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins. Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux » ; Vu l'article 35 de la loi précitée, portant : « Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaires d'édicter ou de maintenir » ; Vu le décret du 7 août 1896, portant règlement d'administration publique sur l'application à l'Algérie de la loi précitée ; — Vu l'avis du conseil consultatif du gouvernement de l'Algérie, en date du 26 juin 1896 ; Vu le décret du 18 juin 1811, contenant règlement pour l'administration publique de la justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police et tarif général des frais ; Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

CHAPITRE Ier. — *Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.*

Article premier. Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, la cour d'appel d'Alger, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désigne, sur les listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, des docteurs en médecine à qui elle confère le titre d'expert devant les tribunaux. La désignation de médecins militaires ne peut avoir lieu qu'avec l'approbation de l'autorité militaire supérieure dont ils dépendent. — Art. 2. Les propositions du tribunal et les dispositions de la cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel. — Art. 3. En dehors des cas prevus aux articles 43, 44, 235 et 268 du code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

CHAPITRE II. — *Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts médecins.*

Art. 4. Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires : 1° Pour une visite avec premier pansement, 8 fr. ; 2° pour toute opération autre que l'autopsie, 10 fr. ; 3° pour autopsie avant inhumation, 25 fr. ; 4° pour autopsie après exhumation, 35 fr. Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 fr. suivant que l'operation a eu lieu avant inhumation ou après exhumation. Tout rapport écrit donne droit au minimum à une vacation de 5 fr. — Art. 5. Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense. — Art. 6. Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office. — Art. 7. En cas de transport à plus de 2 kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant : 1° 20 centimes si le transport a été effectué en chemin de fer ; 2° 60 centimes si le transport a eu lieu autrement. — Art. 8. Dans le cas ou les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 fr. par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat du juge de paix ou du maire de la localité, constatant la cause du séjour forcé. — Art. 9. Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 fr. à raison de leurs dépositions, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur. Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 fr. par chaque journée de séjour forcé. — Art. 10. Sont abrogées toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811 en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

CHAPITRE III. — *Dispositions transitoires.*

Art. 11. Les officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893 et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 peuvent être portés sur la liste d'experts près les tribunaux s'ils réunissent les conditions de nationalité et de résidence prévues à l'article 2 du présent décret. Ils ont droit aux mêmes honoraires, vacations, frais de transport et de séjour que les docteurs en médecine. — Art. 12. Le tarif prévu au chapitre II du décret ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement à sa publication. — Art. 13.

Le Garde des sceaux, Ministre de la justice et des cultes, le Ministre de l'intérieur et le Ministre de la guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des Lois*.

Service de Santé des Colonies.

Le Président de la République française,

Vu l'article 14 de la loi du 5 août 1879 sur les pensions du personnel du département de la marine et des colonies ; vu les décrets du 14 juillet 1865, du 31 mai 1895 et du 24 juin 1886 portant organisation du service de santé de la marine et des colonies ; vu les décrets du 7 janvier 1890 et du 20 octobre 1896, portant constitution et organisation du corps de santé des colonies ;

Décrète :

Article premier. Lorsque les besoins du service l'exigeront, il peut être employé, en outre des médecins et pharmaciens titulaires du corps de santé des colonies, des médecins et pharmaciens auxiliaires : 1° dans les hôpitaux, établissements, postes locaux ou pénitentiaires ; 2° dans les hôpitaux et établissements coloniaux. — Art. 2. Nul n'est admis à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire s'il ne satisfait aux conditions suivantes : 1° Etre Français ou naturalisé français ; 2° être âgé de moins de trente-deux ans au moment de son admission, à moins qu'il ne compte assez de services à l'Etat pour avoir droit à une pension de retraite à l'âge de cinquante-trois ans ; 3° être pourvu du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de 1re classe ; 4° être reconnu apte à servir aux colonies et pays de protectorat ; 5° produire un état pour néant de son casier judiciaire, un certificat de bonnes vie et mœurs et un certificat constatant qu'il a satisfait aux exigences de la loi sur le recrutement. — Art. 3. Les médecins et pharmaciens auxiliaires peuvent, après trois ans de services dans cet emploi, être nommés médecins ou pharmaciens titulaires, sur proposition motivée et pour services signalés. Le temps exigé pour cette promotion est réduit de moitié quand ces médecins et pharmaciens auxiliaires comptent dix-huit mois de services antérieurs à titre de médecins des corps de santé des colonies, de la marine ou de l'armée. — Art. 4. Les médecins et pharmaciens auxiliaires exerçant les fonctions portent les insignes et reçoivent la solde de médecins ou de pharmaciens de 2e classe des colonies. Ils ont droit à la même pension de retraite. — Art. 5. Les médecins et pharmaciens auxiliaires sont commissionnés par le Ministre. Ils contractent, en entrant au service, un engagement de trois ans. — Art. 6. Les peines disciplinaires qui leur sont applicables sont les mêmes que celles prévues pour les officiers du grade dont ils ont la correspondance ; ils sont soumis aux mêmes règles de subordination hiérarchique. — Art. 7. Les médecins et pharmaciens auxiliaires peuvent être licenciés aussitôt que les circonstances qui nécessiteront leur admission auront cessé d'exister. Le licenciement peut être prononcé par mesure disciplinaire, sur la proposition motivée du chef de service dont ils relèvent. — Art. 8. Le Ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Les Femmes Médecins en Algérie.

Dans le courant de 1895, M. le Dr G. Martin signalait dans le *Radical* le danger qu'il y avait à ne pas surveiller les missionnaires anglaises qui parcouraient en touristes la Kabylie depuis plusieurs années, faisant parmi les femmes musulmanes une propagande qui devait avoir un tout autre but que de leur enseigner l'amour de la France. Il signalait en même temps que M. Cambon, gouverneur général de l'Algérie, venait de donner à Mme Chellier, docteur en médecine de la Faculté de Paris, une mission dont le but était de visiter les indigènes des montagnes de l'Aurès. Ayant parcouru plusieurs fois l'Algérie, un peu dans tous les sens, il exprimait l'avis que cette mission produirait très vraisemblablement d'heureux résultats et nous ferait connaître des choses très intéressantes. En 1896, le gouverneur de l'Algérie a chargé Mme Chellier d'une nouvelle mission.

Nous avons sous les yeux les deux rapports des missions de 1895 et 1896 ; mais combien nous sommes loin de ce que font les Anglais dans l'Inde ! M. le gouverneur de l'Algérie devra non seulement persévérer dans la voie dans laquelle il est entré, mais faire plus, beaucoup plus. C'est au commencement de 1895 que Mme Chellier, quittant Batna, commença à pénétrer dans les montagnes de l'Aurès. Il faut lire le compte rendu de cet intéressant voyage de cinq semaines en pays chaouïa, accompli par une femme, voyageant chaque jour à cheval dans des sentiers de montagnes presque impraticables, couchant, le plus souvent, les nuits sous la tente, et donnant consultations et médicaments à près de 700 malades des villages et gourbis de cette région. En lisant la relation des procédés barbares employés par les matrones qui donnent leurs soins aux femmes qui vont devenir mères, on est saisi de pitié et de tristesse tout à la fois en songeant à la quantité de jeunes femmes qui meurent victimes de l'ignorance de ces matrones, sur une terre qui, cependant, est française depuis un demi-siècle.

En 1896, ce n'est plus cinq semaines, mais cinq mois, que la vaillante Mme Chellier a passés dans l'Aurès et aussi dans une partie de la Kabylie. Au cours de cette tournée, elle a vacciné 1.400 Arabes des deux sexes, dans une contrée ravagée par la variole, ayant su faire comprendre aux indigènes les avantages de la vaccination, comme moyen préservatif. Elle a donné des consultations et délivré des médicaments à plus de 1.200 indigènes, expliquant aux matrones, chaque fois qu'elle en trouvait l'occasion, les soins à donner aux nouveau-nés. Mais combien ces enseignements sont forcément insuffisants ! On ne peut, en effet, que donner des indications très générales aux matrones, et les engager surtout à renoncer aux pratiques barbares qu'elles emploient et qui sont si funestes aux femmes qui réclament leurs soins. Il n'est pas possible de leur inculquer, dans une simple conversation de quelques instants, des connaissances qui ne s'acquièrent que par un enseignement pratique. Il faut, dit Mme Chellier, fonder des écoles d'accouchements en Algérie pour les femmes indigènes. Elle estime que l'on pourrait, pour commencer, ouvrir une première école à Biskra, et que le recrutement se ferait facilement parmi les élèves les plus intelligentes fréquentant ou ayant fréquenté les écoles indigènes d'enseignement primaire.

Il ne faudrait pas calquer les établissements similaires de France, et, au début, il faudrait avoir un programme spécial des méthodes d'enseignement appropriées à l'intellect des élèves indigènes, pour lesquelles on serait forcé de sacrifier l'enseignement théorique, que leur instruction primaire rudimentaire ne leur permettrait pas de comprendre. Il faudrait surtout s'attacher à faire de ces sages-femmes des praticiennes. Si le gouverneur général de l'Algérie sait s'inspirer de ce que les Anglais font aux Indes, il peut rendre à la France les plus grands services, en la faisant apprécier d'abord par les indigènes, qui l'aimeront ensuite comme leur patrie. Mais pour arriver à ce résultat, il faut entrer dans l'intérieur arabe, et les femmes docteurs peuvent seules pénétrer près des femmes arabes, les gagner petit à petit à notre civilisation et nous en faire des auxiliaires utiles. (*Radical*).

Les Femmes Médecins aux Indes anglaises.

Les Indiennes, restées fidèles observatrices de mœurs et d'une religion plusieurs fois séculaires, préfèrent se laisser mourir, plutôt que de consulter un médecin homme ; les seuls soins qu'elles acceptent leur sont donnés par des matrones ignorantes. En 1869, une Américaine, miss Clara Swerin, pourvue du diplôme de docteur en médecine, vint la première s'établir aux Indes. Bientôt cet exemple ayant été suivi par des Anglaises et d'autres Américaines, dès 1880 les collèges médicaux de l'Inde ouvrirent leurs cours aux femmes, et organisèrent pour elles des classes d'accouchement. En 1883, un dispensaire dirigé par des femmes fut fondé à Bombay, et, peu de temps après, un hôpital d'enfants et de femmes leur fut confié. Le *Cama Hospital*, ouvert en 1886, fut placé sous la direction de Miss Pechey Phipson, docteur de la Faculté de Berne. Mais les cours des collèges médicaux de Bombay n'étaient suivis que par des femmes appartenant aux castes inférieures, celles des hautes castes ne devant pas se montrer en public. Malgré la vive opposition de sa famille, forte de l'approbation de son mari, une jeune brahmine, Anandibaï Gorsee, se rendit à New-York en 1883, et en 1887 elle était la première Hindoue ayant obtenu le titre de docteur en médecine. Rentrée dans l'Inde, on lui confia la direction l'*Albert Edward Hospital*. Pendant que son mari était vice-roi des Indes, lady Dufferin prit l'initiative de la fondation de l'*Association nationale des Secours médicaux aux Femmes de l'Inde*. Le comité central de Calcutta, rayonnant bientôt partout, ouvrit aux femmes des collèges médicaux à Bombay, Madras, Lazare et Agra ; dans les centres éloignés, à Cuttack, Lucknow, Allahabad, Rangoon, Haïderabad, Nagpour et Benarès ; on organisa des cours spéciaux pour les étudiantes. En 1886, l'année de la fondation de l'Association, cent dix étudiantes furent inscrites aux collèges et écoles de médecine, pour suivre les cours pour le doctorat, ou devenir aides dans les hôpitaux, ou sages-femmes ; en 1889, on en comptait 192, et 255 en 1896. Il y avait 21 européennes, 2 juives, 9 musulmanes, 57 chrétiennes, toutes natives de l'Inde ; 62 eurasians (issues de mariages mixtes) ; les 104 autres étaient Bengalis, Hindoues, Karens, Burmeses ou Parsies.

Quels sont les résultats obtenus ? En 1888, il y avait aux Indes trente hôpitaux ou dispensaires dont le personnel était exclusivement féminin. En 1895, il y avait 133, desservis par un personnel de 18 femmes, docteurs en médecine de Facultés européennes ou américaines, 56 femmes docteurs en médecine des Ecoles de l'Inde, *dites docteurs de deuxième grade*, 52 femmes *docteurs de troisième grade*, ces dernières en grande majorité Hindoues. En 1889, on avait traité, pour cette première année, 280,000 malades. Pendant l'année 1895, on en a soigné 1,054,387. (*Radical*).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 14. — Dissection : MM. Marchand, Poirier, Sebileau. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Remy, Ricard, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Lejars, Broca. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Gaucher. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*). MM. Tillaux, Humbert, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Terrier, Delens, Jalaguier. — (2e *partie*) : MM. Fournier. Chauffard, Widal.

MARDI 15. — Dissection : MM. Rémy, Poirier, Thiéry. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Brun, Quénu, Sébileau. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Raymond, Gley, Chassevant. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Grancher, Proust, André. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Hutinel, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Berger, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Gilbert. — (2e *série*) : MM. Debove, Marfan, Ménétrier. — Chirurgie. (1re *série*) : MM. Panas, Pozzi, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Schwartz, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Charrin, Achard. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

MERCREDI 16. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Jalaguier, Walther. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Tillaux, Retterer, Sebileau. — (2e *série*) : MM. Marchand, Poirier, Widal. — (2e *partie*) : MM. Remy, Heim, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hayem, Fournier, Gilles de la Tourette. — 4e *de Doctorat* : MM. Landouzy, Chauffard, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM Peyrot, Tuffier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Delens, Humbert, Broca. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

JEUDI 17. — Dissection : MM. Le Dentu, Polaillon, Rémy. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Farabeuf, Albarran, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Guyon, Roger, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Pozzi, Schwartz, Bar. — (2e *série*) : MM. Berger, Brun, Maygrier. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Joffroy, Marfan. — (2e *série*) : MM. Grancher, Ménétrier, Achard. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Gilbert.

VENDREDI 18. — Dissection : MM. Peyrot, Jalaguier, Broca. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Marchand, Poirier, Sebileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Humbert, Delbet, Heim. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Ch. Richet, Chantemesse, Retterer. — (2e *série*) : MM. Gariel, Remy, Marie. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tillaux, Lejars, Walther. — (2e *partie*), (1re *série*) : MM. Potain, Gaucher, Widal. — (2e *série*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 19. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Farabeuf, Remy, Thiery. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Polaillon, Quenu, Poirier. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Gley, Chassevant. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Schwartz, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Grancher, Marfan. — (1re *série*) : MM. Raymond, Hutinel, Roger. — (2e *série*) : MM. Cornil, Letulle, Achard. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 16. — Mlle de Chrzanowska. Du pneumothorax chez l'enfant. — M. Girard. Le double souffle intermittent crural sans insuffisance aortique.

JEUDI 17. — M. Leconte. Etude sur les hémorragies des capsules surrénales. — M. Prevost. Mycosis du pharynx. — M. Cache. Tabès. Syndrômes. Crises gastriques (étude clinique). — M. Biard. Etude sur la conjonctivite subaiguë. — M. Lévy. Contribution à l'étude de la dacryocystite congénitale. — M. Parquet. Contribution à l'étude de la mort subite et de la mort rapide dans les suites de couches. — M. Thomas. Le cervelet. Etude anatomique, clinique, physiologique. — M. Ghazarossian. Du beriberi à forme paralytique. — M. Imbert. Alcoolisme chronique professionnel. — M. Murier. De l'emploi de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérothérapie dans le traitement du croup.

Enseignement médical libre.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*Gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Maladies mentales. — M. ROUBINOVITCH, chef de clinique de la Faculté de Médecine, fait les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, à l'Asile clinique (Saint-Anne) un cours élémentaire de pathologie mentale.

Electrothérapie. — M. L.-R. REGNIER fait tous les mardis, à 4 h. 1/2, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité, des conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

FORMULES

XXIV. — Un remède contre le Rhume de cerveau.

Voici en quoi il consiste, On prend un flacon de teinture d'iode fraichement acheté et à moitié plein. Dès que les premiers éternuements symptomatiques se produisent, on débouche le flacon, on le met dans sa main, on le serre de façon à l'échauffer et l'on aspire à plein nez, autant que possible, les vapeurs d'iode qui s'en dégagent en se volatilisant. La muqueuse rentre dans l'ordre. Nous spécifions qu'il convient de prendre de la teinture d'iode fraichement préparée. En effet, dans la vieille teinture d'iode, demeurée dans des flacons souvent ouverts, une partie de l'iode assez importante se trouve transformée, par oxydation, en acide iodique qui ne laisse plus son iode se volatiliser.

XXV. — Solution contre l'angine scarlatineuse.
(M. H. M. MC. CLANAHAN).

Eau oxygénée.	30 grammes.
Bicarbonate de soude	1 gr. 20 centigr.
Eau distillée bouillie.	60 grammes.

F. S. A. — Usage externe.

On se sert de ce liquide pour pratiquer toutes les deux heures des pulvérisations dans la gorge.

XXVI. — Électuaire contre la constipation habituelle.
(M. C. A. EWALD).

Soufre lavé	ãã 10 grammes.
Crème de tartre.	
Follicules de séné.	5 —
Cardamome pulvérisé. . . .	2 gr. 50 centigr.
Sirop de nerprun	Q. S. pour obtenir

un électuaire de consistance suffisamment épaisse.

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à café matin et soir.

XXVII. — Potion contre la coqueluche (M. R. GUAITA).

Chlorhydrate de phénocolle. . .	ãã 0 gr. 50 centigr.
Antipyrine.	
Bromure de potassium	0 — 40 —
Sirop d'écorce d'oranges amères.	ãã 25 grammes.
Eau de fleurs d'oranger	

Mêlez. Faire prendre en quatre fois dans les vingt-quatre heures tout le contenu du flacon (pour un enfant de huit ans).

(*Sem. méd.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 30 mai au samedi 5 juin 1897, les naissances ont été au nombre de 312, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 420, illégitimes, 159. Total, 579. — *Sexe féminin* : légitimes, 399, illégitimes, 153. Total, 552.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 mai au samedi 5 juin 1897, les décès ont été au nombre de 860, savoir : 438 hommes et 422 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 6, T. 6. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1 — Rougeole : M. 12, F. 19, T. 31. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 3, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 0, F. 5, T. 5 Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 95, F. 65, T. 164 — Méningite tuberculeuse : M 16, F. 14, T. 30. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 4, T. 18. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 0, T. 0. — Tumeurs malignes : M. 23, F. 37, T. 60. — Méningite simple : M. 15, F. 14, T. 29. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 26, F. 14, T. 40. — Paralysie, M. 3, F 6 T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 2, F 5, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M 25 F. 43, T. 68. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 4, T. 9. — Bronchite chronique : M. 11, F. 8, T. 19. — Broncho-pneumonie : M. 14, F. 15, T. 29. — Pneumonie : M. 8, F. 13, T. 21. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 15, F. 19, T. 34. — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 9, T. 22. — Gastro-entérite, sein : M 2, F 0, T. 2. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée

au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales: M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 11, F. 7, T. 18. — Sénilité : M. 10, F. 17, T. 27. — Suicides : M. 9, F. 5, T. 14. — Autres morts violentes : M. 8, F. 9, T. 17. — Autres causes de mort : M. 88, F. 60, T. 188. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 112, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 54, illégitimes, 22 Total : 76 — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 13. Total : 36.

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours du Prosectorat.* — Epreuve d'anatomie du 5 juin : *Rapports du rein.* — Epreuve de physiologie du 9 juin : *Du pouls.*

Ecole de Médecine de Marseille. — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Marseille vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Camille Juge.

Société de Médecine d'Angers. — La Société de Médecine d'Angers vient de fêter dignement son centenaire, sous la présidence de MM. Gariel et Motet (de Paris). Un banquet, auquel assistaient les députés et sénateurs de la région, a réuni la plupart des médecins d'Angers et du département.

Le Tout a l'Egout et les Propriétaires. — La dernière séance du Congrès de la propriété bâtie a eu lieu récemment. Elle a été consacrée à la discussion de la question du tout-à-l'égout. Il a décidé « qu'il y a lieu de suspendre immédiatement l'application du tout-à-l'égout, et de substituer à ce système l'emploi d'une canalisation spéciale, pour l'expulsion des eaux ménagères et des vidanges, dont l'installation sera faite sans délai dans un des arrondissements de Paris, à titre d'exemple ».

Association française de Chirurgie.—11e *Congrès*, 18-23 *octobre* 1897. — Le 11e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 18 octobre 1897, sous la présidence de M. le Dr Gross, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures. Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° *Des contusions de l'abdomen,* M. Demons, de Bordeaux, rapporteur; 2° *Indications opératoires et traitement du cancer du rectum,* M. Quénu, de Paris, et M. Hartmann, de Paris, rapporteurs. — MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, Secrétaire général, rue de l'Isly, 8, Paris.

Enseignement populaire supérieur de la ville de Paris. — *Cours d'hygiène sociale.* — La Conférence pratique du dimanche, 13 juin, aura lieu à l'Hôpital Boucicaut, 37, rue Lacordaire (XVe arrondissement), à 9 heures 1/2 du matin. — Les Cours et les Conférences sont publics.

L'Académie des Sciences et M. le Pr Virchow. — L'Académie des Sciences a nommé une Commission de six membres appelée à dresser une liste des savants, déjà correspondants de la compagnie, qu'elle propose pour le titre de membre associé étranger. Nous croyons savoir que le choix de l'Académie se portera sur le Pr Virchow, de Berlin, le savant anatomiste et anthropologiste bien connu, qui est correspondant pour la section de médecine et de chirurgie depuis 1859. Le Pr Virchow ne compte en effet que des admirateurs et des amis dans le monde scientifique français, avec lequel il a toujours et *en tout temps* — on aime volontiers à s'en souvenir et à le constater lorsque l'occasion s'en présente —, entretenu les relations les plus cordiales.

Hospices de la Seine. — *Maison de Nanterre.* — A la suite d'une démarche de MM. Dubois, président, et Lucipia, ancien président du Conseil général, le Président de la République a promis d'assister le 15 juin, à 2 h. 1/2, à la célébration du dixième anniversaire de l'installation des services hospitaliers à la maison départementale de Nanterre. Ce vaste établissement, tant par le nombre de ses pensionnaires, atteignant à certaines saisons le nombre de 4.000, que par la variété des catégories des hospitalisés qui y sont admis, est unique pour ainsi dire au monde et, en tout cas, le seul en France.

Monuments a des Médecins des provinces de l'Ouest. — La petite ville de Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire) s'apprête à élever un monument à quatre hommes célèbres qu'elle a vus naître. Sur ces quatre hommes figurent deux émdecins. Le premier est René Moreau, né en 1585, mort à Paris à 1655, médecin du roi et doyen de la Faculté de Médecine. Le second est Pierre Duret, né en 1745, mort à Brest en 1825, chirurgien en chef de la marine, membre de l'Académie de Médecine et fondateur de l'école de Médecine de Brest. — Les souscriptions sont reçues à Paris à l'*Institut de Bibliographie,* 93, boulevard Saint-Germain, siège de la *Société artistique et littéraire de l'Ouest,* qui a pour trésorier M. Marcel Baudouin.

Le jubilé du Pr Guyon. — Les élèves de M. le Pr Guyon ont résolu de fêter à Necker, le 1er juillet prochain, le jubilé du maître.

Hommage a des médecins. — Le Conseil municipal de Paris a décidé dernièrement que le nom de Villemin sera donné à unn des grandes voies de Paris ; sur les plaques on lira : « Dr Villemie a découvert la contagion de la tuberculose.» Une autre grande voie, avenue ou boulevard, portera le nom d'Alphonse Guérin.

Congrès national d'Assistance a Rouen. — Une délégation des sénateurs et députés de la Seine-Inférieure, accompagnés de M. Laurent, maire de Rouen, s'est rendue cette semaine chez M. Barthou, pour le prier de présider la première séance du Congrès national de l'assistance publique, qui doit se tenir à Rouen, du 14 au 19 juin. Le Ministre de l'Intérieur, heureux de témoigner sa sympathie pour toutes les œuvres d'assistance, a accepté cette invitation. Ajoutons que les séances suivantes du Congrès seront présidées par M. Théophile Roussel, sénateur, président du conseil supérieur de l'assistance publique.

Récompenses. — Une *mention honorable,* pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. le Dr Sanie (de Castelsarrazin).

Hôpitaux de Paris. — *Hôpital de la Charité.* — Une salle d'opérations et deux chambres d'isolement pour le service de chirurgie de M. Campenon seront construites prochainement.

Hôpitaux de Nantes. — *Banquet de l'Internat.* — Les Internes des Hôpitaux, continuant une ancienne tradition, nous informent qu'un banquet annuel, dit *Banquet de l'Internat de Nantes,* aura lieu le mardi 15 juin, à 7 heures du soir. Le montant de la cotisation est fixé à 15 francs. Le banquet sera servi rue Arsène Leloup. Les adhésions devront être adressées à M. Chesneau, interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes, avant le vendredi 11 juin. — Pour le Comité d'organisation : Dr A. Malherbe, directeur de l'Ecole.

Hôpitaux d'Italie. — Toute la presse s'entretient du résultat effrayant d'une enquête ordonnée à l'orphelinat de Naples. La mortalité est telle dans cet établissement qu'on peut l'assimiler à un massacre des innocents. La statistique qu'on a pu établir pour 1895 porte que l'orphelinat a reçu cette année-là 856 enfants. De ceux-là il en reste trois. Les autres sont morts ou ont disparu ! Le rapport de la junte provinciale administrative donne pour raisons de cette incroyable situation le manque de nourriture, le manque de gardes, le manque absolu d'hygiène, la promiscuité des enfants malades et des enfants en bonne santé, l'insuffisance des soins médicaux, la négligence coupable des gens du dehors chez lesquels un certain nombre d'orphelins étaient mis en nourrice. Le rapport ajoute que dans le cas où des pensionnaires de l'orphelinat sont réclamés par des parents, il est souvent impossible à l'administration de faire droit à ces demandes parce qu'elle ne sait pas ce que ces enfants sont devenus !

La lutte contre la Tuberculose de l'armée. — M. le Dr Bourrillon vient de déposer sur le bureau de la Chambre des députés une proposition de loi aux termes de laquelle tout militaire appartenant à l'armée active, la réserve ou l'armée territoriale pourra, pour raison de santé et sur l'avis conforme des commissions de réforme, être mis en congé de réforme temporaire. Les congés auront une durée d'une année ; ils seront renouvelables. A la fin de ces congés, tout homme en ayant bénéficié suivra le sort de la classe à laquelle il appartient. Ce système de réforme temporaire aurait pour principal objet de s'opposer au développement de la tuberculose dans l'armée. (*Sem. méd.*).

Missions scientifiques allemandes. — D'après la *Gazette nationale,* M. le Pr Koch est arrivé à Bombay, pour y prendre part aux travaux de la commission allemande de la peste. M. le Dr Kolle, de l'Institut de Berlin, part pour le Cap, en congé d'un an. Il continuera, pour le compte du gouvernement du Cap, les travaux de Koch sur la peste bovine et la lèpre, et organisera des stations sanitaires.

La Rage chez le Chat. — Un chat miaulait plaintivement ces jours-ci dans la cour du 24 de la rue du 4-Septembre. Lorsqu'on voulut l'en chasser, il se réfugia dans un escalier ; on l'y poursuivit ; mais tout à coup l'animal, furieux, se retournant contre les agresseurs, bondit sur le concierge qu'il mordit au visage. Puis il s'enfuit dans la rue du 4-Septembre ; des gardiens de la paix, un inspecteur de la sûreté nommé Dupin le pourchassèrent ; il vint enfin se réfugier, 7, rue de Hanovre, où Dupin put l'abattre à coups de bâton. Deux autres chats qui avaient été mordus par l'animal ont été abattus.

Assistance chirurgicale instantanée. — M. le Dr Gros-claude a fait une conférence et des expériences dans la salle des fêtes du *Journal*, le jeudi 3 juin, à 8 heures et demie du soir sur *la sécurité complète dans les théâtres et lieux de réunion.*

Télépathie. — La Société des Sciences psychiques s'est réunie cette semaine à l'hôtel des sociétés savantes. M. Dariste a fait une communication sur les pressentiments de la sœur Marie-Madeleine, l'une des sœurs qui ont succombé dans la catastrophe de la rue Jean-Goujon. Après avoir dit que la sœur Marie-Madeleine — Mlle Julie Garivet — était âgée de 44 ans, qu'elle avait pris le voile en 1877, que son esprit était peu porté à la contemplation, que son caractère était enjoué et que sa santé était très bonne, M. Dariste a parlé des pressentiments qu'elle eut pendant les quelques jours qui précédèrent la catastrophe. Ces pressentiments peuvent se résumer en quatre points. 1° Il y a environ deux mois comme une de ses tantes se plaignait d'être souffrante, la sœur Marie Madeleine lui affirma qu'elle la précéderait dans la tombe; 2° Quinze jours environ avant la catastrophe la sœur Marie-Madeleine disait à une malade qu'elle soignait : « Vous guérirez, puis serez de nouveau malade, mais ce n'est point moi qui vous soignerai, je serai morte. On m'aura rapportée brûlée dans cette maison » ; 3° Le lundi 3 mai, la veille de la catastrophe, comme la sœur Marie-Madeleine se rendait au bazar de la Charité, la sœur tourière lui souhaita de faire une bonne vente. Après avoir fait deux pas dans la rue, elle revint vers la sœur tourière et lui dit en lui serrant la main : « Pauvre sœur, que diriez-vous si on me rapportait brûlée? » Elle s'enfuit ensuite ; 4° Dans la soirée du même jour, Marie-Madeleine, ordinairement très gaie, était toute triste. On attribua cette tristesse à l'insuccès du premier jour de la vente, celle-ci n'ayant pas été fructueuse. Mais le 4 mai, comme elle traversait le parloir, elle rencontra l'aumônier de la communauté et lui demanda sa bénédiction. Puis elle s'écria d'un air d'angoisse : « O mon Dieu ! »—La Société des Sciences psychiques a entendu avec beaucoup d'intérêt le rapport de M. Dariste.

Les Etudiants en Médecine en Chine. — Le gouvernement chinois vient de trouver un moyen original de faire de l'argent. Il a décidé que les étudiants en médecine en possession d'un certain nombre de diplômes pourraient être, sans passer de nouveaux examens ni subir de nouvelles formalités, promus au grade de docteur, à la simple condition de verser au Trésor la bagatelle de 20.000 taels (194.000 fr.). On espère réunir ainsi une quinzaine de millions de francs...

Asile de Maine-et-Loire. — Le Conseil général de Maine-et-Loire a adopté les conclusions d'un rapport tendant à obtenir une subvention sur les fonds du Pari mutuel pour l'établissement d'un asile.

L'avenir de la Chirurgie — M. le Dr Lasallette a comparu récemment devant le tribunal correctionnel sous l'inculpation d'homicide par imprudence, en compagnie d'une dame Franck, tireuse de cartes, poursuivie pour exercice illégal de la médecine. Celle-ci a mis en rapport une de ses clientes, Mme Treyeran, de la commune de Mirepoix, avec M. le Dr Lassalette, qui l'opéra d'un fibrome sans prendre, dit-on, les précautions usitées en pareil cas. Quelques heures après l'opération une hémorragie se produisit et la patiente mourut. L'autopsie révéla dans l'intérieur du cadavre la présence d'une pince oubliée par le médecin. M. le Dr Lassalette a été condamné à deux mois de prison et 500 francs d'amende; la femme Franck à 500 francs d'amende.

Assistance publique et Hygiène en France. — *Décentralisation des Services.* — Ces jours-ci a eu lieu, au Ministère de l'Agriculture, une reunion plénière de la commission extraparlementaire de décentralisation. A l'ordre du jour figuraient un très interessant rapport de M. Maruéjouls sur l'assistance et l'hygiène publiques. Voici les importantes réformes décentralisatrices proposées par M. Maruéjouls dans les services d'assistance et d'hygiène : « Les directeurs des asiles d'aliénés seront à l'avenir nommés par le préfet, sous cette réserve que la nomination de ces agents devra être entourée de certaines garanties de capacité qui seront à déterminer. Des cinq membres des commissions de surveillance de ces asiles, trois devront être nommés par le Conseil général et deux par le préfet. On doit donner aux préfets le droit d'approbation en ce qui concerne les sociétés de charité maternelle. Il y a lieu d'attribuer aux préfets le droit d'approbation pour les acquisitions, les échanges, les prêts hypothécaires proposés par les etablissements d'utilité publique consacrés à l'enfance, lorsque ces actes n'engagent pas une somme supérieure à 10,000 fr. Il faut donner au préfet le droit de créer par arrêté les bureaux de bienfaisance; mais il n'y a pas lieu de leur attribuer le même droit en ce qui concerne les hôpitaux et hospices, ces établissements étant trop importants. Les commissions administratives des hospices et hôpitaux régleraient elles-mêmes, après avis conforme du conseil municipal : les conditions des baux et fermes de biens ruraux ; le mode et les conditions des marchés pour fourniture et entretien dont la durée n'excède pas une année ; les acquisitions d'immeubles, les constructions, etc., si la dépense peut être effectuée sur les ressources disponibles. Les commissions administratives des bureaux de bienfaisance seraient soumises au même régime que celles des hôpitaux. Il serait d'ailleurs avantageux de fondre pour chaque commune tous ces organismes en un seul et de créer une commission générale de gestion et d'administration de tous ces établissements. Ce rapport a été discuté sérieusement et finalement adopté.

Muséum d'Histoire naturelle de Paris. — Mme de Vatimesnil, qui périt si malheureusement dans l'incendie du Bazar de la Charité, était une adepte fervente de la botanique. Elève en cette science d'un assistant du Muséum d'histoire naturelle, M. Poisson, Mme Vatimesnil avait, au cours de ces dernières années, composé un herbier fort riche, d'un intérêt scientifique incontestable, dans lequel abondent surtout les plantes rares des hauts sommets des Alpes et des Pyrénées. M. le baron de Mackau, beau-frère de Mme de Vatimesnil, vient de faire don de cet herbier au Muséum.

Femmes accouchées dans les Etablissements hospitaliers. — M. Paul Strauss a fait renvoyer à l'administration une proposition faite par M. Colly, au sujet de la prolongation du séjour des femmes accouchées dans les établissements hospitaliers. Le Conseil général de la Seine a pris cette proposition en considération.

Laicisation de l'Hospice de Mouveaux. — A la suite d'un vœu émis dernièrement par le Conseil municipal de Mouveaux, et tendant à la laicisation du personnel de l'hospice, le maire de la commune écrivit au préfet du Nord pour lui demander son avis; il vient de recevoir la réponse suivante : « En réponse à votre lettre du 12 du courant, j'ai l'honneur de vous informer que le gouvernement ne peut intervenir pour imposer le choix du personnel laique ou congréganiste qui est chargé du service intérieur des établissements hospitaliers. C'est à la commission des hospices qu'il appartient seule de faire ce choix; et, dans ces circonstances, elle doit toujours s'inspirer des intentions verbales ou écrites des donateurs, sous peine de résolution des contrats intervenus et régulièrement approuvés. Agréez, M. le maire, etc. Pour le préfet du Nord, le secrétaire général délégué, Letaillier. »

Le Jambon de la Soeur. — Non seulement les bonnes sœurs refusent de payer au fisc les droits de mutation de leurs biens; mais elles refusent encore de payer les droits d'octroi pour les denrées qu'elles introduisent en ville. Ainsi, dernièrement, à Lille, une nommée Louise Darras, en religion sœur Saint-Cucuphat, a été condamnée à 100 francs d'amende pour avoir, par deux fois, déclaré aux préposés d'octroi qu'elle n'avait rien dans le panier qu'elle portait au bras. Or, elle avait un superbe jambon de 10 livres. Cette bonne sœur avait mis en pratique la morale des jésuites : Le mensonge est permis quand il y a profit pour soi. (*Rappel de l'Eure*, 26 mai).

Service de santé de la Marine. — A été nommé dans la réserve de l'armée de mer : Au grade de médecin de 1re classe : M. le Dr Bahier (Henri-Jean-Marie), médecin de 1re classe de la marine, en retraite.

Témoignages de satisfaction. — Des témoignages officiels de satisfaction ont été décernés, pour le dévouement dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à la Martinique (1896-1897), à l'officier du corps de santé de la marine et aux hommes de troupe d'infanterie et d'artillerie dont les noms suivent, savoir : M. le médecin de 2e classe Palasne de Champeaux (Marcel-André-Armand), aide-major au bataillon d'infanterie de marine à la Martinique. Les nommés Jauron (Ernest), caporal infirmier, et Lemoine (Paul-Louis), soldat infirmier au même bataillon ; Louis (Constantin-Grégoire-Joseph), canonnier, infirmier à la 8e batterie du groupe d'Afrique et des Antilles.

Un Etudiant en Médecine parricide. — Un étudiant en médecine, M. Fernand Boullet, a comparu devant la cour d'assises de Meurthe-et-Moselle, sous l'inculpation de tentative de meurtre commise le 12 décembre dernier, dans sa chambre d'étudiant, sur la personne de son père, M. Boullet, conseiller général de la Meuse, qui habite Nayves. Fernand Boullet tira plusieurs coups de revolver à bout portant sur son père et le frappa à coups de crosse de son arme ; mais la victime a survécu à ses blessures, bien qu'une balle n'ait pu encore être extraite. Le meurtrier commit ce crime pour être, comme fils de veuve, dispensé de trois ans de service militaire. Les médecins de l'asile d'aliénés de Maréville, où Fernand Boullet fut mis en observation, ont conclu à sa responsabilité presque intégrale. Pendant l'interrogatoire, l'accusé n'a cessé de sangloter, déclarant ne se souvenir de rien. Le président lui a rappelé que, deux mois avant son crime, à Nayves, toute sa famille, sauf lui, faillit mourir pour avoir mangé une omelette empoisonnée avec de la strychnine : « C'est vous qui étiez coupable de cette tentative d'empoisonnement, n'est-ce pas? »

lui dit-il. « C'est faux ! » répond l'accusé. Pendant le réquisitoire, Fernand Boullet a eu deux crises de nerfs. Le jury a rapporté un verdict affirmatif avec circonstances atténuantes. Fernand Boullet a été condamné à dix ans de travaux forcés. (*Temps.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE FRANÇAISE DE BEYROUTH. — M. le Dr J. LA BONNARDIÈRE, ancien interne des hôpitaux de Lyon, moniteur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon, est nommé professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine française de Beyrouth (Syrie).

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — L'administration des hospices de Bordeaux est entrée en possession du legs Audinet, consistant en une somme de 200.000 francs, destinée à la fondation d'un hôpital de convalescents et en une somme de 30.000 francs pour la fondation de trois lits à l'hospice des vieillards.

ASILE D'IDIOTS ET D'ÉPILEPTIQUES. — M. Meurgey, au Conseil général de la Côte-d'Or, a donné lecture d'un rapport sur l'état d'avancement des travaux de l'asile d'idiots et d'épileptiques. L'établissement pourrait être ouvert le 1er janvier prochain. Adopté.

UN MARIAGE MÉDICAL SENSATIONNEL. — Le *Figaro* dit : « Une personne très autorisée nous donne comme certaine l'annonce du prochain mariage de Mlle Yvette Guilbert avec le Dr Schiller. » Or existe-t-il un Dr Schiller (Voir les Annuaires) ?

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BARRY, de Viverols (Puy-de-Dôme). — M. le Dr DEVIGNEVIEILLE, de Vernon (Eure), reçu en 1867. — M. le Dr DUBOIS, de Villers-Bretonneux (Somme), reçu en 1858. — M. le Dr THÉBEAULT (Charles), de Nieul-le-Dolent (Vendée), décédé subitement le 12 mai, à l'âge de 45 ans. — M. le Dr GERME (d'Arras). — M. le Dr OSSIEUR (de Roulers). — M. le Dr STROOBANTS (d'Etterbeck). — M. le Dr VACARY, de Saint-Rambert, d'Albon. — M. Albert PIERRON, étudiant à la Faculté de Médecine de Nancy. — M. le Dr BONNANS (de Bordeaux). — M. le Dr A.-B. CLERMONT (de Paris). — M. le Dr NEPVEU (de Brain). — M. le Dr SALADIN (d'Aubenas). — M. le Dr Auguste MOLLIEN, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Médecine d'Amiens. — M. le Dr Walter RIVINGTON, ancien lecteur de chirurgie à l'Ecole de Médecine de London Hospital. — M. le Dr James Greig SMITH, professeur de chirurgie à University College de Bristol. — M. le Dr F. Alcoch NIXON, professeur de chirurgie au Royal College of Surgeons in Ireland de Dublin. — M. le Dr J. CREUS Y MANSO, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Madrid.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h 1/2.

HÔTEL-DIEU. — *Cours pratiques d'Ophtalmologie.* — M. le Dr A. TERSON, chef de clinique, le mardi, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu : 1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades), rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; 2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves). Le cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures et durera six semaines. — M. le Dr MERMET, chef du laboratoire, le mercredi, à 5 heures, conférences pratiques : 1° *Anatomie de l'œil* (avec technique microscopique). *Physiologie de l'œil* ; 2° *Anatomie pathologique et bactériologie oculaires.* Le cours a lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, et durera six semaines

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Auguste VOISIN, le jeudi, à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

—

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MEDICAL*
14, RUE DES CARMES.

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'**année 1896** ;

Par BOURNEVILLE

Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER.

Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés . . . . 4 fr.

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

ASSOCIATION FRANÇAISE pour l'avancement des sciences fusionnée avec l'Association scientifique en France (*Carthage à Tunis*). 1896. Deuxième partie : *Notes et mémoires.* Volume in-8 de 865 pages, avec 7 planches hors texte.

CALOT. — Note sur quelques modifications apportées à la technique du redressement des maux de Pott Brochure in-8 de 8 pages, avec 6 planches hors texte.

CONCHON (A.). — Typhlite et appendicite (leur traitement par les eaux de Chatel-Guyon). In-8 de 15 pages.

GERMÉ (L.). — Recherches sur les causes des mouvements du cœur, son innervation et son indépendance motrice. In-8 de XVI-218 pages, avec 14 planches. Prix. . . . . 7 fr.

MARAGE. — Note sur un nouveau cornet acoustique servant en même temps de masseur du tympan. Brochure in-8 de 16 pages avec 9 figures.

WURTZ (R.). — Précis de bactériologie clinique. Volume in-16 cartonné de VII-544 pages, avec 57 figures. Prix. . . . . 6 fr.

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

BOUCHARDAT (A.) et BOUCHARDAT (E.). — Nouveau formulaire magistral précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler (31e édition). Volume in-18 de 690 pages. — Prix. . . . . 3 fr. 50

CAMINADE (L.). — Contribution à l'éducation physique de la jeunesse. Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire (Travaux de la clinique de gymnastique médicale du Dr Ph. Tissié). Volume in-8 de 146 pages, avec 22 figures. — Prix. 3 fr.

RODET (P.). — Morphinomanie et morphinisme. Volume in-12 cartonné de 331 pages. Prix . . . . 4 fr.

RICHET (Ch.). — Bibliographia physiologica 1896. Répertoire des travaux de physiologie de l'année 1896. Premier fascicule. Volume in-18 comprenant 893 numéros. . . . . . . 2 fr.

Librairie O. DOIN,
8, place de l'Odéon.

AIMÉ (H.). — Étude clinique du dynamisme psychique. In-8 de 258 pages. Prix. . . . . 4 fr.

BOUCHER (H.) — Essais de pathologie et d'épidémiologie rationnelles. Des origines épidémiques considérées au double point de vue bactériologique et philosophique. — Volume in-8° de 237 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

MOURE (E.-J.). — Traitement de l'ozène. — Rhinite atrophique fétide. Brochure in-8 de 63 pages.

RAYMOND. — Clinique des maladies du système nerveux (Hospice de la Salpêtrière, année 1895-1896). (2e série). Recueillies et publiées par le Dr E. Ricklin. In-8 de VIII-776 pages, avec 111 figures et 3 planches hors texte. Prix . . . . 18 fr.

Librairie HACHETTE et Cie,
79, boulevard Saint-Germain, 79.

GAUTIER (E.). — L'Année scientifique et industrielle, fondée par L. Figuier (1896). Volume in-12 de 531 pages, avec figures. Prix. . . . . 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 25. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 19 JUIN 1897.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE PUBLIQUE

Assainissement des villes. Projet de distribution d'eau de source pour la ville de Royan ;

PAR BOURNEVILLE (1).

Messieurs, les villes comme Royan (2), qui reçoivent des étrangers en grand nombre pendant trois ou quatre mois, chaque année, ont à disposer leur alimentation d'eau non pas seulement pour faire face aux besoins de la population habituelle, mais aussi aux besoins de la population balnéaire. Et, en conséquence, elles doivent s'imposer des sacrifices sérieux, si elles veulent conserver et augmenter leur clientèle.

En 1871, la population municipale de Royan était de 4.865 habitants. Elle est actuellement (recensement de 1896) de 8.258, soit en 25 ans, une augmentation de 3.573 habitants. Le nombre des maisons qui, en 1871, était de 1.130, est aujourd'hui de 2.402.

Ce ne sont pas les seules marques de la prospérité de Royan. Il en est d'autres, fournies par la *statistique des voyageurs* qui viennent à Royan, par la *statistique de la circulation* dans la ville elle-même ou entre ses diverses conches et son annexe, Saint-Georges. Voici, à l'appui, les documents que nous devons à M. le député Garnier, l'un des magistrats municipaux qui ont le plus contribué, et pendant le plus longtemps, au développement de la cité royannaise.

Les nombres ci-après sont les totaux des étrangers transportés par les chemins de fer ou par les bateaux à vapeur de la Gironde.

1860........	?	1885........	?
1869........	?	1889........	54.312
1874........	16.106	1890........	80.079
1875........	?	1891........	98.722
1876........	17.937	1892........	?
1877........	18.410	1893........	85.233
1878........	22.724	1894........	98.164
1879........	27.010	1895........	106.770

Il conviendrait d'y ajouter tous les étrangers venus par voitures — leur nombre n'est pas à négliger —, mais il est difficile de leur attribuer un chiffre. Pendant l'année 1895, le Decauville a transporté :

Entre Pontaillac et le Parc	242.577
Entre Pontaillac et Saint-Georges	61.078
Entre le Parc et Saint-Georges	34.544
TOTAL..	338.199

Les travaux de voirie ont été considérables depuis 1871 : création de plusieurs rues et de nombreux boulevards, de deux parcs publics, etc. Royan qui, en 1871, avait pour l'éclairer 75 lanternes à gaz et 20 à pétrole, compte 549 lanternes à gaz et 18 à pétrole auxquelles il faudra ajouter, le mois prochain, 24 globes éclairés à l'électricité.

Les dépenses nécessitées par le développement de la ville sont importantes ; mais les produits de l'octroi, en augmentant, ont permis d'y faire face. De moins de 30.000 francs en 1872, ils se sont élevés à 145.564 fr. 14 en 1895. Les droits de plaçage aux halles et marchés de 6.000 francs (chiffre de 1872) sont montés, en 1895, à 33.654 fr. 70.

Durant les cinq dernières années, la *mortalité* a eu la marche suivante :

1891	174
1892	132
1893	176
1894	176
1895	172

Soit une moyenne de 166 décès pendant les cinq dernières années. Sur le tableau détaillé des décès pour les années 1892, 1893, 1894 et 1895, nous relevons :

	1892	1893	1894	1895
Fièvre typhoïde	0	1	2	1
Diphtérie	3	21	1	0
Diarrhée, gastro-entérite, dysenterie.......	19	8	13	3

Comme on le voit, depuis cinq ans, il n'y a pas eu d'épidémie de *fièvre typhoïde*, mais les cas de *diarrhée* ou de *dysenterie* ont été relativement assez nombreux.

L'*alimentation* actuelle de Royan en *eau potable* laisse tout à fait à désirer. En général, chaque maison possède un *puits*. Mais ces puits sont souvent mal disposés et placés parfois à peu de distance des cabinets d'aisances. Cette situation est encore aggravée par l'existence de *puisards* à proximité des puits. Aussi est-il très surprenant qu'il n'y ait pas eu souvent des épidémies de fièvre typhoïde à Royan. En tout cas, il y a une menace permanente.

L'eau potable est, en outre, fournie par des puits publics : le puits du Temple, rue Gambetta, le puits de l'Écluse, rue de l'Écluse, le puits Font de Cherve, à l'extrémité de la rue du Lavoir, le puits du Centre, devant la mairie. Dans ces derniers temps, deux autres puits ont été ajoutés aux précédents : le puits du Champ de foire et le puits de la rue Notre-Dame.

L'établissement, l'an passé, de deux *usines à glace* a fait que l'eau potable a été sur le point de manquer. Cette année, la pénurie d'eau sera encore plus grande par suite de l'établissement de l'*usine électrique*. Il est à craindre que l'on ne soit dans la nécessité d'aller chercher au loin l'eau potable indispensable.

Les *eaux ménagères* sont assez souvent déversées dans des puisards absorbants, ou bien elles sont évacuées dans les caniveaux des voies publiques qui les conduisent à la mer par des égouts. La quantité des *eaux résiduaires industrielles* est insignifiante.

Le *réseau des égouts* est, d'ailleurs, très limité. Il n'y avait, en réalité, qu'un kilomètre d'égouts en 1893, dans lesquels aboutissaient des canalisations en tuyaux de grès. Depuis cette époque, on a construit un égout collecteur principal, d'une longueur d'environ 1.200 mètres, allant

(1) Rapport présenté au *Comité consultatif d'Hygiène de France* [illegible]

(2) Le lecteur, qui voudra avoir une idée exacte de Royan, lira avec fruit le [illegible] Eugène Pelletan [illegible] consacré à son pays natal : *La naissance* [illegible] — dans *La Mer* de Michelet, le récit émouvant de la *Tempête* [illegible] — enfin le livre humoristique, plein de renseignements, de M. Victor Billaud : *Royan et ses environs*.

de l'abattoir, qui est isolé et bien installé, mais insuffisamment lavé (1), jusqu'au port ; il reçoit sur son parcours, les eaux de quelques canalisations secondaires.

La ville a projeté un égout le long de l'avenue des peupliers pour aller se déverser dans le collecteur des boulevards. Cet égout ne pourra être construit que lorsque la distribution d'eau permettra d'établir des chasses, rendues nécessaires par l'insuffisance de pente.

L'écoulement très imparfait des eaux ménagères dans les caniveaux des rues, qui n'existent point partout, l'arrosage impossible, faute d'eau, ou limité aux rues, et aux boulevards voisins de la plage, l'existence de puisards absorbants dans la plupart des jardins ou des cours, constituent une situation très défectueuse au point de vue de la santé publique et à laquelle un abondant approvisionnement d'eau peut, seul, remédier.

Il y a quelques années, cette situation était encore aggravée par plusieurs causes. Le ruisseau de Pousseau, servant d'écoulement au marais du même nom et aux eaux vannes de l'abattoir, répandait, en été surtout, des odeurs pestilentielles. Le ruisseau de la Font de Cherve qui reçoit les eaux du lavoir est également, pendant les chaleurs, une source d'infection. Dans ces derniers temps, le ruisseau de Pousseau a été enfermé dans un égout voûté en ciment, muni de vannes de chasse, et l'on se propose de convertir en égout fermé le ruisseau de la Font de Cherve.

Le plus grand nombre des maisons sont pourvues de *fosses d'aisances*. Celles qui sont établies depuis peu d'années sont revêtues de ciment et signalées comme « suffisamment étanches ». Nous savons ce qu'il faut penser de cette prétendue étanchéité des fosses d'aisances. Les anciennes, c'est-à-dire les plus nombreuses, ne sont « nullement étanches ». Elles sont, en général, établies dans les jardins, et, nous le répétons, à une distance de quelques mètres seulement des puits.

Les *matières de vidanges* sont transportées à plusieurs kilomètres de la ville, au milieu d'un terrain boisé, dont les pentes sont disposées du côté opposé de la ville. Elles sont utilisées pour la culture, après avoir été mélangées avec de la tourbe pulvérulente.

Dans la commune de Royan, le *sol* est calcaire. Une couche de terre végétale de 0 m. 30 à un mètre d'épaisseur recouvre des bancs de roches d'une grande profondeur. Les prés marécageux de Pousseau et de Pontaillac sont constitués par des dunes de sable ondulées et plantées de pins maritimes.

La situation sanitaire de Royan, telle que nous venons de l'exposer rapidement, exige par elle-même et dans l'intérêt de sa population un prompt remède. Il est encore rendu plus urgent par le fait de l'heureux développement de la population balnéaire qui, chaque année, va régulièrement en augmentant. La municipalité a le devoir impérieux, si elle veut assurer et accroître cette prospérité,— et c'est l'intérêt de Royan,— de faire disparaître toutes les mauvaises conditions actuelles et de réaliser toutes les réformes qui peuvent procurer à ses visiteurs, à ses baigneurs, la sécurité la plus complète : l'intérêt local et l'intérêt général se confondent. Le maire de Royan, M. Frédéric Garnier, ses adjoints MM. Barthe et Rodanet, la majorité du conseil l'ont bien compris. Dans ce but, tout en s'occupant des embellissements de leur ville, ils ont préparé des projets destinés à réaliser son assainissement. Ils ont mis en tête, et avec raison, le *projet de distribution d'eau* qui est soumis à l'examen du Comité.

Depuis un certain temps déjà, la municipalité de Royan se préoccupait des moyens de doter la ville d'une bonne et abondante provision d'eau. En décembre 1880, M. l'ingénieur Lavril vint offrir d'amener en ville l'eau de diverses sources voisines. Le projet dut être écarté. En effet, le jaugeage de ces sources réunies ne produisait que 300 à 400 mètres cubes par 24 heures. A partir de là, diverses compagnies, divers industriels ont proposé des combinaisons financières sans indiquer d'une manière précise l'endroit où l'on trouverait la quantité d'eau nécessaire.

De tous ces projets, un seul mérite de retenir un instant l'attention. M. Labat, conducteur du service maritime des Ponts-et-Chaussées proposait de capter la fontaine de Sablonceaux, située à environ dix-huit kilomètres et débitant 2.000 à 2.500 mètres cubes par jour. La dépense était évaluée à 915.000 francs, non compris l'acquisition des sources, les indemnités à payer à plusieurs moulins, etc. La quantité d'eau aurait été promptement insuffisante. La question demeurait toujours pendante, lorsque M. l'ingénieur Lair, qui avait une connaissance parfaite de la région, fut chargé par le maire, M. F. Garnier, de dresser un avant-projet de distribution de 3.000 mètres cubes d'eau par jour (15 février 1891). L'avant-projet de M. Lair reçut l'approbation du conseil municipal.

Le programme consistait à approvisionner Royan d'une quantité d'eau non seulement suffisante pour faire face à tous les besoins des habitants, de la salubrité des rues, de l'arrosage des promenades et des jardins, mais encore aux besoins que pourra entraîner un accroissement de la population. Satisfaire le présent, prévoir l'avenir, c'est là un programme qu'on ne saurait trop recommander.

L'auteur du projet a cherché d'abord à préciser quel était le volume d'eau à fournir. Cette question, facile à résoudre pour une ville dont la population est fixe, comporte de multiples difficultés pour une ville comme Royan dont la population est doublée ou presque triplée pendant la saison des bains de mer. L'étendue de la ville est relativement considérable; un grand nombre d'élégantes villas sont disséminées de tous côtés, indépendamment des annexes de Pontaillac, du parc, déjà anciennes, et d'une nouvelle annexe, celle de l'Oasis. Pendant quatre mois, la consommation en eau potable est considérable et, en même temps, par suite de la saison, et d'une circulation incessante, le lavage des rues devant être fait avec plus de soin encore qu'à toute autre époque, exige une grande quantité d'eau.

Bien que la population ne soit que de 8.258 habitants recensement de 1896 (1), les calculs sont évalués d'après une population sédentaire de plus de 10.000 habitants et sur une population de 15.000 baigneurs. La quantité d'eau attribuée au service privé est évaluée à 100 litres par tête pour les habitants domiciliés, et à 43 litres par habitant temporaire, ce qui correspond à une distribution de 1.680 mètres cubes, soit 168 par habitant domicilié.

Le tableau suivant indique d'ailleurs comment la distribution est répartie :

(1) Nous avons visité cet abattoir en 1892. [illegible] de la gare [illegible] cimetière, et suffisamment loin d'eux. Les bâtiments [illegible] dans des cours vastes. Les différents locaux sont [illegible] Le balayage laisse à désirer. [illegible] des locaux [illegible] murs solides, couverts de tuiles [illegible] Grenelle.

(1) En 18[illegible] la population était de 7.47[illegible] recensement.

Ville : consommation privée	1.680 mètres cubes
110 bouches de lavage, ou bornes-fontaines	550 —
Arrosage : 72.735 mètres carrés à 3 litres	220 —
Le parc est divisé en 170 lots pour lesquels il est compté 180 habitations à 8 habitants à 100 litres	140 —
La superficie du parc est d'environ 38 hectares. On admet $^1/_3$ d'arrosable à 3 litres par mètre carré	380 —
Pontaillac comptera environ 150 habitations à 8 habitants à 100 litres	120 —
La superficie est de 25 hectares dont $^1/_2$ arrosable	250 —
Pour l'abattoir	10 —
Disponible pour fontaines d'ornement	300 mètres cubes

C'est donc un volume total de 3.700 mètres cubes d'eau par jour qu'il fallait trouver. Pour assurer cette distribution en tout temps, M. Lair estime que le débit des sources d'alimentation ne doit pas être de beaucoup inférieur à 5.000 mètres cubes par 24 heures. Des recherches nombreuses ont été faites pour arriver au but que l'on poursuivait. On a pensé tout d'abord aux eaux du plateau de Chatelard, en prenant les petites sources : Font de Cherve, Font du Gua, Font du Vivier, Fontaine du Temple, Bernon, Bergaud du Vivier.

C'est la nappe d'où proviennent ces sources qui alimente les puits de Royan. Il a été reconnu qu'elle était trop faible. D'ailleurs, la salubrité de ces eaux est douteuse, car un grand nombre de maisons et de villages sont disséminés sur le terrain et on y rencontre de tous côtés des dépôts de fumier, des mares d'eaux infectes ; enfin, la fièvre typhoïde est assez fréquente dans la région.

On a dû écarter aussi, bien que fournissant une eau de bonne qualité, les sources situées au pied des escarpements de Saint-Palais, parce qu'elles ne donnent en tout que 1.500 mètres cubes par 24 heures.

On a pensé ensuite à utiliser les eaux souterraines des dunes. Mais si, là, les eaux sont facilement absorbées sans pertes, elles traversent promptement toute l'épaisseur des sables et trouvent un rapide écoulement dans la mer.

Si nous avons insisté sur ces recherches, c'est parce que certains soutenaient qu'il était possible de s'approvisionner d'eau de source aux environs mêmes de la ville ; qu'ils prétendaient que la Font de Cherve, par exemple, renfermait vingt fois plus d'eau qu'on en jugeait nécessaire pour Royan.

Force a donc été de faire des recherches à une distance plus grande et d'aller étudier la vallée de la Seudre.

M. l'ingénieur Lair a fait un examen très complet du régime des eaux de cette vallée. Nous en relèverons les points principaux.

La vallée de la Seudre s'étend à plus de 35 kilomètres en amont de Pontpierre, distant de Royan de 10 kilomètres à vol d'oiseau, à l'Est, et d'environ 13 kilomètres en suivant la route départementale de Saujon à Royan. La largeur moyenne dépasse 15 kilomètres, ce qui correspond à une superficie de 500 kilomètres carrés. La hauteur moyenne des eaux de pluie annuelle, pour le bassin de la Seudre, est de 0 m. 57, ce qui représente un volume de 285 millions de mètres cubes, soit 780.000 mètres cubes par jour. En raison de la nature des terrains, de la répartition des terrains perméables et imperméables, la nappe souterraine paraît absorber les 7 douzièmes de la totalité des eaux pluviales. « En laissant de côté la partie des terrains imperméables, nous aurions, dit M. Lair, un volume d'environ 500.000 mètres cubes par jour, pour le débit total de la vallée. Le lit de la Seudre ne débite pas plus de 80 à 100.000 mètres cubes quotidiennement ; il resterait donc 400.000 mètres cubes pour celui de la nappe souterraine. »

Les *sources* émergent de bancs de roches calcaires. L'habitation la plus voisine en est distante de 75 mètres, la ferme de Morgard de 200 mètres et les maisons les plus rapprochées en amont de 400 mètres. Ce fait est confirmé par le rapport du Conseil d'hygiène de l'arrondissement :

« Les maisons d'habitation et les servitudes environnantes sont assez éloignées pour qu'il n'y ait pas à craindre la contamination de la nappe, contamination qui ne saurait, du reste, avoir lieu, car l'expérience démontre qu'il fallait dans cet endroit cinq jours pour augmenter le niveau de la nappe souterraine. Or, la lenteur avec laquelle chemine à travers le calcaire l'eau superficielle, donne toute sécurité. »

Le débit est de 10.000 mètres cubes par 24 heures. Le jaugeage a été fait à l'époque des plus basses eaux de septembre. Ainsi que nous l'avons vu, les sources sont captées par l'intermédiaire d'une tranchée de 496 mètres de longueur, 3 mètres de largeur et 6 à 8 mètres de profondeur, creusée à travers les bancs calcaires dont les crevasses donnent issue aux sources. Dans un endroit, sa profondeur est beaucoup plus grande par suite d'une excavation creusée à la dynamite pour l'installation d'une pompe d'épuisement. Elle a une direction perpendiculaire à celle de la Seudre et du canal latéral de Berland, qui longe la rivière. Elle sera revêtue d'un enduit de ciment lisse, en ne laissant que le passage des sources et recouverte d'une voûte, avec regards de visite.

Le niveau des sources est à la côte 3 m. 75 au-dessus du niveau de la mer. La *distribution* devant se faire entre les niveaux 3 m. 75 et 30 mètres, il s'ensuit que l'eau sera élevée au moyen de deux machines à vapeur.

Un *réservoir* de distribution de 2.000 mètres cubes sera établi à Royan sur le point culminant de la ville. Son radier sera élevé de 6 m. 50 au-dessus du sol naturel, de manière que l'eau puisse atteindre le premier étage de toutes les maisons ; il sera construit en maçonnerie. Les eaux seront amenées au réservoir par une *conduite en fonte* de 0 m. 35 de diamètre et longue de 11.500 mètres. Les *conduites de distribution* seront également en fonte.

Le projet comporte, en outre, la construction de plusieurs *fontaines d'ornement* et de six *bornes-fontaines* placées dans les quartiers populeux dont les habitants sont peu susceptibles de prendre des abonnements. La dépense totale est de 1.100.000 francs.

L'*analyse chimique* et *bactériologique* a été pratiquée deux fois : 1° sur les échantillons prélevés à l'émergence même des sources, tout à fait au début de l'ouverture de la tranchée, le 17 décembre 1892 ; 2° sur des échantillons prélevés, le 7 janvier 1895, dans des conditions que nous allons préciser plus loin. Les deux analyses chimiques présentent quelques différences, d'ailleurs de minime importance. Les deux analyses bactériologiques ne diffèrent qu'en ce que l'échantillon de 1892 renfermait 780 bactéries par centimètre cube, tandis que l'échantillon de 1895 n'en contenait que 303. Les deux analyses bactériologiques ont été négatives en ce qui concerne les bactéries pathogènes. La conclusion de ces deux analyses est la même : *eau de bonne qualité.* Une autre analyse faite par M. Billaudeau, pharmacien en chef de la marine à Rochefort, se termine par la même conclusion.

Comme nous l'avons vu, pour capter les sources, on a creusé une tranchée de 496 mètres de longueur.

La municipalité de Royan, désireuse de donner satisfaction à tout le monde, a envoyé, pour analyse, au laboratoire du Comité : 1° un échantillon des eaux de la tranchée ; 2° un échantillon de l'eau de la nappe d'où proviennent les sources ; 3° un échantillon de l'eau de la Seudre. Nous croyons devoir placer sous vos yeux ces trois analyses.

Il résulte de ces trois analyses : 1° que les eaux des sources qu'il s'agit de capter sont de bonne qualité ; 2° que les eaux de la Seudre sont de mauvaise qualité et, par conséquent, doivent être rejetées pour l'alimentation. D'ailleurs, disons-le de suite, il n'est pas question de les utiliser ; 3° enfin, que les eaux de la tranchée ont été reconnues, elles aussi, de mauvaise qualité. Cela se conçoit d'autant plus aisément que depuis la fin de juillet 1894, époque où l'excavation a été terminée, jusqu'au 6 janvier 1896, époque du prélèvement pour analyse, cette eau est restée stagnante et exposée à l'air et à la lumière.

Parlant de l'analyse de l'eau de la tranchée, M. le docteur Chevallier, rapporteur au Conseil d'hygiène de l'arondissement de Marennes, s'exprime ainsi :

« Comment pouvait-il en être autrement, si l'on songe que la tranchée est à ciel ouvert, à proximité d'une route pas très éloignée d'une petite ville, exposée par suite aux pollutions de toute sorte, depuis celle des petits animaux qui ont pu y tomber, jusqu'à celles produites par les déjections des ouvriers qui ont travaillé pendant de longs mois à la tranchée, sans compter celles de mauvais plaisants que le hasard de la promenade ou la curiosité auraient pu conduire à cet endroit. »

La municipalité de Royan a essayé de vider complètement cette tranchée, afin de la nettoyer ensuite, et d'y faire écouler l'eau de la nappe sur toute sa longueur. Après trois jours d'épuisement continu à toute vapeur, à l'aide de deux pompes, évacuant plus de 9.000 litres par minute, on a dû abandonner ce projet. On a alors profité de ce que l'abaissement de l'eau de la tranchée rendait accessibles les orifices de plusieurs veines d'eau dans la partie la moins profonde, pour y adapter des tubes en zinc, permettant d'isoler les sources en faisant remonter leur débit jusqu'au-dessus de la surface du bassin. Les précautions minutieuses prises pour le prélèvement des seconds échantillons de l'eau de la nappe, et les résultats de l'analyse chimique et de l'analyse bactériologique, nous paraissent offrir des garanties très-sérieuses en faveur de la bonne qualité de l'eau qu'il s'agit de distribuer à Royan.

Le projet a été soumis à la Commission consultative des travaux publics qui a émis un avis favorable. « Ce projet, est-il dit dans le rapport soumis à cette Commission, est très étudié, très complet, très judicieusement présenté et semble remplir toutes les conditions du programme. »

Au Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Marennes, le projet a été l'objet d'un rapport important de M. le Dr Chevallier. Les discussions locales passionnées, dont le projet dressé par la municipalité de Royan avait été l'objet semblent avoir eu leur répercussion à ce Conseil d'hygiène. Il a nommé une commission pour aller examiner les sources de Pontpierre. Le Dr Chevallier a exposé, dans un long rapport, les résultats de la visite de la commission. Nous allons vous en signaler les points principaux.

Le rapporteur, après avoir donné une description des sources qui se déversent dans la tranchée, reconnaît que « *a priori*, on peut affirmer que l'eau sortant de la nappe remplit les conditions requises pour être potable » ; que « l'épaisseur de la couche calcaire est telle qu'elle forme un filtre assez dense, assez complet pour stériliser l'eau naturellement » ; que, « de plus, la lenteur avec laquelle l'eau chemine forcément dans les failles, à cause de l'argile, est un sûr garant qu'elle arrive dans la tranchée débarrassée de toutes les matières pathogènes de la surface libre. »

Le rapporteur reconnaît que les « nombreuses expériences consignées dans le rapport *sagement mûri*, judicieusement présenté par M. l'ingénieur Lair, font voir qu'on n'a pas non plus à redouter un *renversement des courants*, un reflux des eaux du canal de Berland et de celles de la Seudre. En examinant le profil en long de la tranchée, on voit que le niveau de la nappe se trouve à 1 m. 16 plus haut que celui du canal de Berland et à 1 m. 40 plus haut que celui de la Seudre. »

On s'est préoccupé aussi au Conseil d'hygiène de Marennes de savoir si réellement les sources de Pontpierre étaient assez abondantes. Le rapporteur, après avoir déclaré que les expériences faites ne laissent aucun doute sur l'abondance des sources, y insiste longuement comme s'il s'agissait non de renseigner le Conseil d'hygiène, mais de répondre à des critiques extérieures. Nous nous bornerons à citer une expérience. « Le 4 juillet 1894, après 64 jours d'épuisement continu et exagéré, les pompes furent arrêtées de manière à ce que la nappe ait pu reprendre son niveau naturel (4 m. 20). Puis l'allure d'une des pompes fut réglée de manière à produire 3.900 m. c. par 24 heures. Le niveau de la nappe s'est abaissé à la cote de 3 m. 71. A la même époque, les pompes en pleine marche maintenaient l'eau à la cote de 1 m. 70 et évacuaient par minute 9.000 litres ou 13.000 m. c. par 24 heures. Cet épuisement exagéré n'a pas causé le moindre abaissement du plan d'eau dans le réservoir du chemin de fer situé à 500 mètres en aval de la tranchée. Il est aussi resté sans influence sur la fontaine de Chante-Grenouille située à 1.500 mètres en amont. C'est la preuve que la quantité d'eau enlevée est insignifiante en comparaison du débit total de la nappe. »

Malgré toutes ces conditions favorables, le rapporteur n'est pas satisfait et, faisant sienne une réclamation, à notre avis mal fondée, il écrit ceci :

« Si l'on veut, dit-il, acquérir la certitude que l'eau qui sort de toutes ces failles provient d'un même collecteur, si on désire connaître la moyenne de cette eau, il faut la recueillir avant son point d'émergence de la faille et le plus loin possible de ce point, faire ensuite le mélange dans un milieu *absolument stérilisé*, tout en conservant un échantillon d'une de ces failles comme point de comparaison. L'analyse bactériologique donnerait dans ces conditions, nous en sommes certain, des résultats diamétralement opposés à ceux obtenus précédemment.

« Aussi nous exprimons l'avis que de nouvelles et multiples analyses soient faites. Si nous formulons ce *desideratum*, ce n'est pas que nous ayons des doutes sur leur résultat, mais afin de confirmer d'une façon irréfutable ceux déjà acquis. »

Puis, avant d'aborder la question de la quantité d'eau le rapporteur formule une première conclusion :

« De tous les résultats acquis par les expériences faites avec toutes les précautions voulues avec toute l'impartialité désirable, de l'examen *de visu* auquel nous nous sommes livré, nous n'hésitons pas à vous proposer, Messieurs et chers collègues, de formuler un avis favorable à l'adoption du projet *tout en exprimant* le desideratum *formulé plus haut* qu'il soit fait de *nouvelles et nombreuses analyses* au point de vue chimique et bactériologique. »

Bien que, à la fin de son rapport, M. Chevallier ait for-

mulé une conclusion sans restriction qui a été adoptée à l'unanimité (28 janvier 1896) et ainsi conçue :

« Au résumé, Messieurs, nous pensons et nous avons la conviction que vous partagerez notre manière de voir et de juger ; nous pensons, dis-je, que la prise d'eau dans la tranchée de Pontpierre peut être utilisée pour la distribution d'eau de la ville de Royan. »

Malgré cela, répétons-nous, la municipalité de Royan est demeurée très inquiète au sujet de l'opinion que pourrait émettre le Comité consultatif au sujet du *desideratum* du Conseil d'hygiène de Marennes et de ses conséquences : retard dans l'exécution des travaux, dépenses considérables, qu'entraînerait votre vote dans l'hypothèse où vous réclameriez de *nouvelles* et *multiples analyses*. pratiquées dans les conditions indiquées dans le rapport du Conseil d'hygiène de Marennes.

Nous ferons remarquer que les échantillons analysés les premiers, en janvier 1893, furent pris au fond du puisard des épuisements, à un niveau d'au moins trois mètres plus bas que le niveau de la Seudre.

« Cette analyse, dit M. l'ingénieur Lair, est la preuve que même avec un abaissement du plan d'eau si exagéré, l'eau de la Seudre ne se mélangeait pas aux sources, puisque rien de suspect n'a été trouvé dans les echantillons. Le puisard est situé à environ 120 mètres de l'extrémité nord de la tranchée. Au moment de la prise des échantillons, toutes les sources de la tranchée se trouvaient réunies et venaient affluer dans le fond du puisard par un seul courant. Les échantillons, pris en ce moment, représentaient donc bien l'ensemble de toutes les sources se déversant dans cette première partie de la tranchée. Aujourd'hui (8 février 1896) la tranchée, terminée, a exactement 495 mètres de longueur. En exécution de la prise d'eau, elle se trouvera réduite à 460 mètres. Le deuxième échantillon, analysé en 1895, a été pris à environ 150 mètres du premier. »

Les deux échantillons représentent donc, aussi bien que possible, la moyenne de la totalité des sources, d'autant plus qu'il est prouvé par l'expérience que tous les courants d'eau communiquent entre eux. M. Lair rappelle que :

« Dans le but de diminuer les difficultés des épuisements, qui devenaient de plus en plus difficiles à mesure de l'approfondissement, on construisit un barrage vers le milieu de la tranchée : quand les pompes furent remises en mouvement, l'eau s'abaissa dans toute la longueur de la tranchée ; le barrage fut inutile. Les courants communiquaient en passant au-dessous du mur de division. *La communication des sources entre elles est donc certaine.* »

Voila pour l'utilité de nouvelles analyses. Voyons où entraînerait la prise d'un échantillon dans les conditions voulues par M. Chevallier :

« Pour mettre à découvert les émergements des sources, il serait indispensable d'installer deux ou même trois pompes pouvant débiter au moins 15.000 mètres cubes par jour, ce qui nécessiterait l'emploi de 3 locomobiles de 12 à 15 chevaux chacune. »

Nous ajouterons que ce serait un retard de plusieurs mois, de plus d'une saison entière, tandis que si, comme nous l'espérons, vous émettez un avis favorable, tout autorise à penser que, à la saison balnéaire de 1897, la ville de Royan, l'une des stations maritimes les plus agréables et les plus fréquentées de France sera pourvue d'une saine et abondante distribution d'eau.

L'exécution de ce projet, le premier au point de vue de l'assainissement, devra être complété par un autre : la construction d'un *système complet d'égouts*. Déjà la ville a construit quelques conduites souterraines et elle se dispose à en construire d'autres. Si elle veut devenir une ville modèle — et c'est la tendance de la municipalité que vous ne sauriez trop encourager, — il convient qu'elle établisse un projet d'ensemble, à exécuter par fragments au fur et à mesure des ressources, — qu'elle applique le *tout à l'égout*, ce qui sera possible grâce à l'exécution de son projet d'amenée d'eau, — enfin qu'elle évite avec le plus grand soin de contaminer son port et ses *conches*, en recourant à l'*utilisation agricole et horticole* de ses eaux d'égout, ce qui, en facilitant son approvisionnement, amènera une diminution de dépenses d'alimentation pour ses baigneurs dont le nombre grandira d'autant plus que la vie sera moins coûteuse à Royan et les conditions sanitaires meilleures.

En terminant, messieurs, nous demandons à la section de déclarer qu'elle ne s'oppose pas à l'exécution du projet à la condition qu'il ne soit pas introduit dans la canalisation d'autre eau que celle qui est indiquée dans le projet que nous venons d'examiner, dressé avec le plus grand soin, et qui fait honneur à son auteur et à la municipalité de Royan.

(Conclusions approuvées par le COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE *dans sa première Section, le 6 juillet 1896.)*

D'après les renseignements que nous venons de recevoir, les travaux de la *distribution d'eau* sont commencés ; la *conduite de refoulement* est posée sur deux kilomètres. La construction du *bâtiment des machines* est poussée très activement ; c'est le travail le plus pressé parce que l'on veut utiliser les moteurs des pompes élévatoires pour actionner les pompes d'épuisement.

En ce qui concerne les *égouts*, le projet d'égout pour Font de Cherve est prêt depuis longtemps et la municipalité doit prochainement confier à M. Lair un projet d'ensemble pour tous les égouts de la ville, ce que nous souhaitons de grand cœur.

Qu'il nous soit permis à ce sujet de signaler les inconvénients du déversement de l'un des égouts dans le port et d'un autre dans les sables de la plage. Il y aurait, à notre avis, un réel avantage à supprimer ces déversements à la mer et à recourir à l'*utilisation agricole* des eaux d'égout. Cette solution, qui est incontestablement la meilleure et que Royan ne devrait pas hésiter à adopter, jointe à un approvisionnement abondant d'une bonne eau de source, complèterait l'assainissement de cette belle station et assurerait sa prospérité.

UNE SAIGNÉE FAITE PAR UN ROI : LES ROIS MÉDECINS.— M. le duc d'Aumale a lu récemment à l'Académie française une notice intitulée *le Roi Louis-Philippe et le droit de grâce*. Cette notice a, pour épigraphe, ces mots des *Misérables*, de Victor-Hugo : « Le premier roi qui ait versé le sang pour guérir. » Le duc d'Aumale a rappelé l'incident auquel le grand poète a fait ainsi allusion : « Le 27 octobre 1833, mon père allait avec toute sa famille, au-devant de son gendre, le roi des Belges, qui venait lui faire visite à Paris. J'étais un des enfants entassés devant le grand char à bancs. Les voyageurs de Bruxelles étant en retard, on prit, à notre grande joie, la poste au Bourget. Un courrier de malle qui nous accompagnait fut serré par une charette et jeté de son cheval sous les roues de la voiture royale. On le porte sur le bord de la route ; on l'entoure. Après l'avoir interrogé, palpé, le roi s'écrie : « Mais il faut le saigner ! Quelqu'un peut-il le saigner ? » Et, comme personne ne répondait, mon père tira de sa poche une lancette qui ne l'avait pas quitté depuis le temps où il faisait le service d'externe à l'Hôtel-Dieu et dont il s'était servi dans ses voyages d'Amérique, fit déchirer plusieurs mouchoirs, déploya ses bandes, son appareil, fit la saignée, les ligatures... L'opération réussit. Vernet, qui n'était plus jeune, car il avait accompagné l'empereur, courait encore la poste dix ans plus tard. »

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Médecins et les Sociétés de Secours Mutuels.

La Chambre des Députés vient d'adopter le texte de la proposition de loi relative aux Sociétés de Secours Mutuels ; et cette décision intéresse au plus haut point les Médecins, qui sont la cheville ouvrière de ces Sociétés. Il ne faut pas l'oublier en effet : jusqu'ici un grand nombre d'entre elles ont surtout eu pour but d'être des *sociétés d'exploitation en coupe réglée du corps médical de province*. Espérons que désormais les choses vont changer légèrement, grâce à une disposition de la nouvelle loi sur laquelle nous attirons l'attention.

En effet, le Conseil supérieur des Sociétés de Secours Mutuels, prévu par l'article 34, doit se composer, entre autres membres, d'un délégué de l'Académie de Médecine (1) et d'un représentant des Syndicats. Le Sénat discutera bientôt ladite loi ; souhaitons qu'il ne la bouleversera pas trop et qu'en tous cas il maintiendra la disposition que nous venons de signaler, et qui a une réelle importance.

Tout l'honneur de cette victoire revient à n'en pas douter à notre ami, M. le Dr Porson, président de l'Union des Syndicats médicaux, qui, depuis plusieurs années, lutte avec énergie contre certaines tendances des Sociétés de Secours Mutuels.

Nous disions tout à l'heure que lesdites associations n'avaient guère qu'un but : *l'exploitation des médecins*. Qu'on lise l'article premier de la loi, et l'on verra que nous n'exagérons rien.

Article premier. — Les Sociétés de Secours Mutuels sont des associations de prévoyance qui se proposent d'atteindre un ou plusieurs des buts suivants : assurer à leurs membres participants et à leur famille des *secours en cas de maladie*, *blessures* ou *infirmités*, leur constituer des pensions de retraites, contracter à leur profit des assurances individuelles ou collectives en cas de vie, de décès ou d'accidents, pourvoir aux frais des funérailles et allouer des secours aux ascendants, aux veufs, veuves ou orphelins des membres participants décédés. Elles peuvent, en outre, accessoirement créer, au profit de leurs membres, des cours professionnels, des offices gratuits de placement et accorder des allocations en cas de chômage, à la condition qu'il soit pourvu à ces trois ordres de dépenses au moyen de cotisations ou de recettes spéciales.

En effet, les secours en cas de maladies sont d'ordinaire fournis par le médecin à des taux *absolument dérisoires*. On lui paie au plus ses dépenses. Il travaille donc dans ces conditions absolument gratis ! Or, quel est le notaire qui en fait autant ? Quelles sont les autres professions qui sont exploitées sur une semblable échelle ! Encore une fois, espérons que tout cela va désormais changer. Il en est grand temps, à une époque où la Médecine ne nourrit plus son homme, même à la campagne. M. B.

Craniectomie dans l'idiotie.

Nous avons été consulté à l'occasion d'une fillette de 14 ans, atteinte d'idiotie et qui a subi l'opération de la craniectomie en février dernier. Interrogé sur les avantages retirés de l'opération, le père nous a répondu : « Il nous a semblé que sa marche était plus nette. C'était plutôt l'espérance que nous avait inspirée l'opération qui nous faisait croire à cette amélioration. Aujourd'hui je vois malheureusement que cela n'a rien fait. »

Dans la plupart des cas où l'on a pratiqué la craniectomie, on n'a guère eu que des illusions de ce genre. S'il en avait été autrement les opérateurs auraient fait connaître les résultats ultérieurs de l'opération. Un examen attentif des crânes et des cerveaux que nous avons en grand nombre dans notre Musée de Bicêtre, ne laisse aucun doute sur l'inutilité de cette opération. Il n'y a guère d'exception que pour les cas où l'affaiblissement intellectuel peut être rattaché à un traumatisme, à un abcès ou une tumeur. B.

(1) Il n'y a qu'une seule personne, à l'Académie de Médecine, qui actuellement connaisse bien ces questions. Nous voulons croire qu'on la choisira.

SOCIÉTÉS SAVANTES

IIe CONGRÈS NATIONAL D'ASSISTANCE.

SESSION DE ROUEN.

Séance d'ouverture du 14 juin 1897.

Le Congrès est ouvert à deux heures du soir, sous la présidence d'honneur de M. Barthou, Ministre de l'Intérieur, et la présidence effective de M. Théophile Roussel.

M. le Maire de Rouen, après avoir envoyé une dépêche de félicitations, au nom du Congrès, à M. le président de la République, souhaite la bienvenue à M. le Ministre et aux nombreux congressistes. Il fait l'historique des Congrès d'Assistance, qui remontent au Congrès international de 1889.

M. le Ministre prend ensuite la parole. Il expose le but du Congrès, les questions difficiles qu'on y étudie, les résultats excellents qui résultent de ces échanges d'idées entre personnes qui visent un but unique, bien que sans doute par des moyens différents. Chemin faisant, il montre les obstacles que rencontre l'application des mesures d'assistance, rend hommage à l'organisation de la ville de Rouen et termine en faisant un délicat éloge de M. Théophile Roussel, aux applaudissements unanimes de l'assemblée.

M. Théophile Roussel répond spirituellement au Ministre qu'il accuse de lui faire son oraison funèbre et donne quelques conseils aux congressistes sur la méthode qui doit guider leurs travaux ; puis il donne la parole à M. le Dr Gibert (du Havre), pour défendre les conclusions de son rapport.

Les divers modes d'assistance aux nécessiteux valides sans travail.

M. Gibert soulève les protestations unanimes de l'assemblée en prétendant que les administrations n'ont pas le droit de secourir les nécessiteux valides. Pour lui, l'assistance en pareil cas est une vertu, dont l'Etat ne peut rendre la pratique obligatoire en puisant dans la poche des contribuables. Il pense que l'on doit sacrifier les bureaux de bienfaisance, qui ne rendent aucun des services qu'on en attend et propose de faire dans une grande ville, au Havre, par exemple, l'expérience de ce que peuvent les Sociétés de Charité qui donnent de si bons résultats à Elberfeld et Genève. Il ne se fait aucune illusion sur les difficultés que rencontrera cette Société, qui, pour réussir, aurait besoin des ressources des œuvres confessionnelles, qui jamais ne voudront lui abandonner leurs ressources et perdre ainsi leur moyen de propagande. Il termine en demandant des mesures contre l'alcoolisme et la tuberculose, deux facteurs importants du paupérisme.

M. P. Strauss (de Paris) proteste avec énergie contre les conclusions négatives de M. Gibert, qui refuse à l'Etat de pratiquer le devoir d'assistance. Il ne peut admettre qu'on supprime les bureaux de bienfaisance. Il croit qu'il est indispensable de les transformer du tout au tout, mais non de les faire disparaître. Il demande l'organisation d'un service d'enquête prompt et sûr, destiné à éloigner, à décourager même les men-

diants professionnels tout en permettant aux nécessiteux valides, mis dans l'impossibilité de travailler, d'attendre le moment où ils pourront trouver de l'ouvrage. Il croit indispensable de relever les malheureux que la maladie ou le chômage a plongés dans la misère.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Banquet.

Le soir, à sept heures, un banquet offert par M. le Maire de Rouen réunissait un grand nombre de notabilités du Congrès. M. le Maire de Rouen a bu au Président de la République, au président du Conseil des Ministres et au Ministre de l'Intérieur. M. Barthou a répondu en levant son verre à la ville de Rouen pour laquelle il ne cache pas ses sympathies.

Le banquet est suivi d'une grande réception officielle.

Nous ne saurions terminer ce compte rendu trop bref sans remercier M. le Maire de la ville de Rouen de sa large hospitalité et sans féliciter l'organisateur du Congrès, M. le Dr Giraud, secrétaire général du Congrès, assisté par MM. les Drs Hamel et Trével, qui ont réussi dans leur tâche difficile au delà de toute attente. J. Noir.

Notre ami le Dr Noir a raconté la partie officielle et brillante de la journée. Nous allons entamer la partie scientifique. Heureusement, la salle où nous sommes est spacieuse et la température clémente. Après le départ de M. le Ministre, M. Théophile Roussel prend la présidence effective.

M. Giraud, secrétaire général, a la parole pour une question d'ordre du jour. Il annonce que l'ordre du jour des séances générales sera modifié de la façon suivante : Le rapport de M. Strauss qui devait être discuté dans la séance de vendredi le sera dans celle de mercredi par permutation de tour avec M. Billon.

M. Gibert résume son rapport sur l'*Assistance aux indigents valides*. Il refuse à l'Etat le droit de s'occuper de cette catégorie. Cette tâche incombe à des Sociétés privées organisées d'après le système d'Elberfeld.

M. Paul Strauss regrette d'avoir à combattre les conclusions du rapport; il s'élève avec énergie contre l'accusation d'avoir fait faillite, portée contre l'Assistance officielle. Si les bureaux de bienfaisance sont mal organisés, ce n'est pas une raison pour les condamner, mais c'en est une pour les améliorer. Leur action n'a pas toute l'efficacité désirable, parce que les secours sont tardifs, insuffisants, que les enquêtes sont mal faites, qu'on ne sait pas faire la police des pauvres et distinguer les exploiteurs des véritables indigents. Il faut introduire des réformes qui les mettent à même de remplir leur tâche. Les supprimer serait porter atteinte aux principes de la Révolution française. Les conclusions du rapporteur ont dépassé sa pensée. L'orateur est d'accord avec lui pour demander une réorganisation méthodique de la bienfaisance. Tous les hommes veulent tous les concours; ils doivent s'unir dans ce but. Mais l'intervention des pouvoirs publics est nécessaire au premier chef. Allons-nous dire que la pauvreté est une chose qui n'est pas du domaine de la collectivité? Ce serait un recul effroyable! L'orateur demande au Congrès de repousser les conclusions du Dr Gibert.

M. Sorel. — Le Congrès pourrait indiquer la marche à suivre, tracer un plan. Des expériences pourraient être tentées, que ce soit par l'Etat ou par l'initiative privée, et, dans trois ou quatre ans, les résultats seraient présentés devant un futur Congrès.

— Un incident imprévu vint interrompre la séance. Les cuisiniers, qui avaient besoin de la salle où nous étions pour y dresser les tables du banquet, prièrent les Congressistes de se retirer et de renvoyer leur discussion au lendemain.

Séances de Sections. 15 *Juin* 1897.

Première Section. — Présidence de M. Muteau.

M. Hie, secrétaire de l'*Assistance par le travail* de Rouen, donne lecture de son rapport sur cette œuvre. Il considère cette société dans son origine, ses résultats et ses projets. Il indique comment elle a secouru, depuis sa fondation, dans les derniers jours de 1893, jusqu'au 1er janvier 1897, un total de 5.897 indigents qui ont reçu un salaire de 33.573 francs pour 34.888 journées de travail. L'Assistance par le travail a organisé en outre des distributions de soupe aux assistés employés dans ses chantiers moyennant une somme modique de dix centimes par portion de plus d'un litre. Un grand nombre d'assistés ont pu trouver, grâce à l'intervention de la Société, une place permanente. Le Comité d'assistance par le travail s'est également préoccupé de la création d'un office central d'assistance, mais cette question soulève de sérieuses difficultés de réalisation. En terminant, le rapporteur exprime le vœu que le Congrès donne à l'œuvre un nouvel essor.

M. Muteau remercie M. Hie de son travail et le félicite de la bonne organisation de l'assistance par le travail de Rouen.

Un échange d'observations a lieu ensuite entre MM. Gaufrès, Marais et Hie sur le degré de rigueur avec lequel les règlements de l'œuvre sont observés et sur la latitude laissée au directeur du chantier dans certains cas particuliers.

M. le Dr Lausiès donne lecture de son étude sur l'*Assistance par le travail* du Havre, basée sur ce principe commun à toutes les associations de ce genre de la nécessité d'un travail fourni par l'indigent en échange de l'aide accordée. Elle ne prétend pas diminuer le nombre des indigents, mais les mettre tout au moins à l'abri de la faim. C'est pour cela qu'elle s'est attachée, tout en donnant des salaires peu élevés, à diminuer, dans la mesure du possible, le coût de l'existence pour les assistés. Dans ce but on a adjoint aux ateliers des réfectoires, fourneaux économiques, bains et étuves à désinfection. Elle a pu donner du travail à une moyenne de 30 à 40 indigents par jour, avec un salaire moyen de 1 fr. 16 par jour de travail. Les seules ressources consistent en 6.000 francs de souscriptions et distribue environ 12.000 francs de salaires. L'*Assistance par le travail* du Havre s'est également préoccupée de l'assistance aux femmes sans arriver à une formule définitive. Néanmoins, elle en occupe une moyenne de 15 par jour et espère se développer dans cette voie. L'orateur exprime le vœu que les sociétés d'assistance par le travail se préoccupent de la manière d'occuper les adolescents, les débiles.

M. Muteau constate combien la Société a généralisé son champ d'action, et il s'associe aux vœux du Dr Lausiès.

M. Marais, président de l'Assistance par le travail de Rouen, rend compte de l'enquête faite par la Société dans les villes s'occupant déjà de l'assistance aux femmes, à Marseille, à Paris, dans la Société des VIIIe et XVIIe arrondissements. Il y a une réelle difficulté à trouver un travail ne demandant pas de connaissances spéciales, accessible aux femmes; dans beaucoup d'endroits on a dû en revenir au margotin. Dans certaines catégories d'assistées, on a pu recourir au travail à domicile qui exige certaines garanties, en raison des matières premières confiées. L'Assistance par le travail de Rouen continue ses études dans ces diverses voies, et espère arriver à une prochaine solution.

M. Muteau remercie M. Marais, en souhaitant de voir bientôt son espérance se réaliser.

Après un échange d'observations entre quelques membres, la séance est levée à 11 heures 1/4.

Deuxième Section. — Présidence de M. Brunon.

M. Carlier lit son mémoire sur la *protection et l'assistance des pupilles infirmes majeurs*, suivi d'une intéressante discussion à laquelle ont pris part successivement MM. Hermann, Sabran, Mettou-Lepouzé, Paul Strauss, Caunet, etc.

M. Mettou-Lepouzé fait adopter un vœu contre le rétablissement des tours, voté en première lecture à la Chambre et pour que le Parlement vote le plus tôt possible le projet de loi sur les Enfants assistés et celui sur l'Assistance maternelle.

M. de Welling donne lecture de son travail sur l'*application de la loi Roussel aux enfants élevés chez leurs parents* et fait adopter ses conclusions tendant à étendre la protection à tous les enfants de moins de deux ans, de famille secourues par l'État, le département et la commune. La séance est levée à 11 heures 1/2, et la discussion des autres rapports inscrits au procès-verbal est renvoyée au lendemain.

Troisième Section. — Président M. Henrot (de Reims).

M. Rondel expose son rapport sur les conséquences économiques et sociales de la loi sur l'*Assistance médicale gratuite*.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. DROUINEAU, HENROT, BOREL, PEYRON, NAVARRE, NOIR, PETIT, LE VERRIER, le rapporteur propose au Congrès d'emettre les vœux suivants : 1° Qu'une pénalité soit établie pour empêcher l'abandon des malades sur la voie publique ou leur renvoi sur un hôpital fait de mauvaise foi, sans la formalité de l'article 3 de loi de 1893; 2° Que l'assistance aux incurables devienne prochainement obligatoire et spécialement celle des malades dont l'incurabilité aura été constatée au cours d'un traitement procuré en vertu de la loi de 1893.

Après un échange de vues entre MM. HENROL, BOREL, NAVARRE et LE VERRIER, M. RONDEL retire la première partie de son projet de vœu. L'article 2 est adopté.

M. MARAIS présente son travail sur l'*Assistance médicale gratuite et ses conséquences administratives et financières.*

La séance est levée à 11 heures 1/2.

(*A suivre*). Albin ROUSSELET.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 juin 1897.

Étude sur les lésions infectieuses de la peste.

M. Gustave NEPVEU. — Les pièces anatomiques qui sont le point de départ de cette étude proviennent d'un Indou de 30 ans, pris subitement de fièvre le 15 février, mort le 19. La peau, le cœur, le cerveau n'avaient rien ; seuls le foie, la rate, les reins étaient congestionnés; les poumons étaient de plus œdémateux et présentaient quelques nodosités périformes de broncho-pneumonie. Quelques-uns des ganglions inguinaux, iliaques, bronchiques, cervicaux, axillaires, étaient de la grosseur d'une amande. L'examen minutieux des organes atteints a montré que l'infection produite par la peste a des effets très multiples sur les tissus : 1° *Leucogéniques* : Production d'un grand nombre de globules blancs dans le sang, la lymphe, mono et polynucléaires surtout; 2° *Diapédétiques* : Ils sont légèrement marqués dans notre cas, mais se présentent dans tous les organes; 3° *Pyogéniques* : On connaît les bubons, les anthrax, les pneumonies catarrhales et autres suppurations; 4° *Dégénératifs* : 1° sur le protoplasme cellulaire (dégénérescence granulo-graisseuse (rein), vacuolaire (foie); 2° sur les noyaux (nécrose), état vésiculeux; 5° *Congestifs, hémorrhagiques et œdémateux* : Par la création de tant d'obstacles à la circulation, hyperleucocytose, coagulations diverses, altérations des cellules endothéliales des vaisseaux; 6° *Coagulants* : Formation de caillots dans le cœur, de fils de fibrine entremêlés de bacilles dans le foie. La myocardite, que j'appellerais volontiers fibrillaire pour désigner la désagrégation complète des fibrilles, paraît être une suite des effets multiples de cette infection. Le bacille de la peste, agent spécial de cette infection, est ubiquiste ; on le trouve dans le sang, la lymphe, le péritoine, l'espace sous-arachnoïdien, dans le protoplasme des cellules rénales, hépatiques, dans les fibres musculaires ramollies du cœur, dans leurs noyaux très rarement, dans les urines et les crachats. Ce bacille ne produit pas d'indol ; en faisant agir l'acide nitreux ou l'acide picrique et la benzine suivis de l'ammoniaque sur le liquide de macération des pièces histologiques, on n'obtient pas d'indol. Ce bacille est partout en quantité colossale, sous trois formes : cocci, court 1 μ, allongé 4 μ ; rarement en chainettes dans les tissus.

Séance du 14 juin 1897.

Sur un cas très grave de dermatite consécutive à deux applications de Rayons X. Pathogénie et traitement.

M. le Dr G. APOSTOLI. — M. le Pr d'Arsonval a présenté à l'examen de l'Académie des Sciences, au nom du Dr Apostoli, le cas le plus grave et le plus rebelle de dermatite qui soit jusqu'à présent connu, dont il expose l'histoire sommaire, et pour lequel il préconise un nouveau traitement. Il s'agit d'une très vaste sphacèle de la paroi abdominale qui, en février dernier, mesurait encore 17.7 centimètres sur 13.6 et était consécutive à deux applications de rayons Rœntgen faites à Dublin les 22 et 28 mai 1896. Dans la première séance, d'une durée de 40 minutes, le tube de Crookes avait été distant de 15 centimètres de la peau; dans la seconde, d'une durée de 90 minutes, le tube avait été rapproché à 9 centimètres. *Suites immédiates* : Quelques nausées consécutives après chaque séance, mais sans vomissement. *Suites éloignées* : Apparition, deux jours après la dernière séance, d'un érythème progressif qui a été en s'aggravant. Vésicules et phlyctènes consécutives avec écoulement séreux abondant. Formation progressive d'une escarre. Amélioration notable en juillet. Rechute, avec nouvelle mortification en août, et avec apparition de brûlure et de douleur intense au niveau de la surface mortifiée. Application successive de toutes les lotions, de tous les topiques, de tous les caustiques connus, en y ajoutant même la greffe épidermique et le raclage pratiqué après anesthésie, le tout avec le même insuccès constant et absolu pendant huit mois. Depuis la fin d'octobre 1896, l'application locale et quotidienne d'un courant d'oxygène sur la plaie, pendant 5 heures tous les jours, est le seul traitement qui parait avoir été favorable et a arrêté l'agrandissement croissant de la plaie, sans toutefois la faire rétrocéder sensiblement. Le 9 février 1897, début du traitement électrique, appliqué avec l'assistance du Dr Planet, et qui peut se résumer ainsi : Bains statiques quotidiens avec effluvation sur la partie malade pendant toute la séance d'une durée moyenne de 20 à 30 minutes. Fin mars, association au bain statique de l'application des courants de haute fréquence sous la forme de lit condensateur. Depuis avril 1897, emploi bi-hebdomadaire de bains hydro-électriques avec le courant ondulatoire. Amélioration progressive depuis le début du traitement électrique et en particulier depuis l'association de l'effluvation statique aux applications polaires du courant ondulatoire. Détachement très lent, mais toujours progressif de l'escarre sèche et adhérente, et réduction actuelle de plus de la moitié de la surface totale primitivement sphacélée. Le malade est aujourd'hui (juin) présenté en pleine voie de guérison et le traitement se poursuit sans nouvel incident à signaler. Voici les conclusions sommaires formulées par le Dr Apostoli : 1° L'application des rayons Rœntgen peut provoquer, dans certaines circonstances, une *dermatite* plus ou moins grave caractérisée soit par un érythème simple, soit par une escarre plus ou moins profonde pouvant intéresser la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané ; 2° cette dermatite, variable suivant son siège (peau, ongles, poils), variable également dans une certaine mesure suivant l'état constitutionnel du sujet en expérience, est assimilable sous plusieurs rapports à une brûlure électrique ordinaire et présente comme cette dernière les mêmes caractères généraux d'*asepsie*, d'*apyrexie*, d'*évolution très lente* vers la réparation et d'*intensité à peu près égale dans toute son étendue*; 3° cette dermatite est toujours le résultat d'une faute opératoire commise soit, et avant tout, par le rapprochement trop grand de la peau du tube de *Crookes*, soit par la durée trop longue d'une séance unique, soit enfin par des séances trop multiples et trop rapprochées; 4° le Dr Apostoli propose comme traitement efficace de cette dermatite rebelle le courant électrique qui devra comprendre les modes suivants que l'on pourra associer à intensité et à durée variables suivant les indications cliniques : *a*) *L'effluvation statique* simple qui, par son action directe et locale aidée de son influence générale, hâte le travail de réparation et de cicatrisation des ulcères. *b*) L'application polaire d'un courant galvanique, ou mieux d'un *courant ondulatoire*, pour accélérer la chute de l'escarre et favoriser ainsi l'action topique et trophique ultérieure de l'effluve statique. *c*) L'action générale d'un *courant de haute fréquence* (par le lit condensateur) destiné, comme l'a démontré le Pr d'Arsonval, à relever le coefficient de la nutrition générale et à apporter à l'économie un supplément de force et de vitalité.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 juin 1897. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. MARAGLIANO (de Gênes) a *expérimenté la nouvelle tuberculine atténuée* du Pr Koch, vendue par la maison Lucius, Meister et Branung, de Hœtchs-sur-Mein. Il pense, après examen de trois malades, que cette tuberculine ne diffère de l'ancienne que par les doses, et qu'à doses élevées elle peut provoquer une période de réaction inflammatoire, comme le premier sérum fourni par Koch. D'autre part il a constaté que le produit fourni contenait des streptocoques.

M. BOUCHARD. — Les différentes recherches faites avec ce produit ont montré qu'il contenait souvent des microbes: c'est donc un composé sale qui ne peut servir à des déductions scientifiques, et dont on ne doit pas autoriser la libre circulation.

M. G. LEMOINE (de Lille) apporte son contingent à l'*étude de l'action anesthésique du bleu de méthylène.*

Sur des ataxiques les douleurs viscérales et les douleurs en ceinture disparaissent ou sont atténuées très rapidement, sitôt que les urines apparaissent colorées en bleu par l'action du médicament et cette anesthésie se poursuit pendant plusieurs jours. Le bleu de méthylène étant inoffensif et possédant une action réelle doit donc être conservé dans la thérapeutique.

MM. G. Lemoine et Gallois ont constaté que *les accidents dyspnéiques de l'urémie*, dans les néphrites d'intensité moyenne, étaient amendés très rapidement par l'éther, donné en nature dans de l'eau sucrée, jusqu'à 200 et 300 cc. par jour. L'éther calme les accidents de suffocation et relève la diurèse sans inconvénients pour le rein.

MM. Jean Roux et Balthazard présentent des *photographies des contractions de l'estomac chez la grenouille*, obtenues en remplissant l'estomac d'une substance opaque pour les rayons de Rœntgen.

M. Langlois. — La *substance vaso-constrictive sécrétée par les capsules surrénales* est détruite dans le sang par tous les agents oxydants, l'ozone, l'hémolymphe des Crustacés, etc. Les recherches de l'auteur lui ont montré que l'extrait de foie agit de le même façon sur l'extrait de capsules surrénales.

M. Déjerine rapporte trois observations de *polyomyélite antérieure* dans lesquelles il a observé le phénomène dit de la *main succulente*, rattaché par M. Marinesco à la syringomyélie et qu'il attribue à de simples troubles de compression.

M. Claude a constaté l'existence de *foyers de myélite disséminés dans la moelle d'un chien*.atteint de diaplégie à la suite d'injections de toxines tétaniques. Ces foyers sont constitués surtout par une sclérose embryonnaire avec destruction des cylindres d'axe.

MM. Langlois et Athanasiu présentent des tracés sphygmographiques relatifs à l'influence de l'*action du foie sur les propriétés vaso-motrices des capsules surrénales*. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin 1897. — Présidence de M. Caventou.

Le traitement antirabique.

M. Rendu rapporte une observation fort importante d'accidents médullaires à forme de paralysie ascendante aiguë, survenue au cours d'un traitement antirabique. La paraplégie nerveuse, vers le douzième jour des injections, fut complète; elle fut accompagnée d'accidents bulbaires (tachycardie, dyspnée) fort inquiétants. Les injections furent néanmoins continuées. La guérison de la paralysie fut complète en un mois environ. On ne peut songer à la rage paralytique, l'apparition des accidents ayant été beaucoup plus précoce. Le seul diagnostic possible est donc myélite ascendante provoquée par les toxines antirabiques.

M. Roux, sur 19.000 personnes traitées à l'Institut Pasteur, n'a vu que deux cas de paraplégie. Si les toxines antirabiques avaient été en cause, la paraplégie aurait dû s'accentuer et non guérir avec la continuation du traitement.

M. Rendu, ayant suivi le malade jour par jour, croit pouvoir affirmer la corrélation absolue entre les injections et le développement de la paraplégie.

M. Laveran a observé un fait analogue à celui de M. Rendu, mais qu'il interprète plutôt comme une forme de rage frustre.

M. Grancher croit que les accidents paralytiques peuvent être de deux ordres : 1° forme paralytique atténuée de la rage, confondue au début avec la paralysie ascendante; 2° hystérie. Le cas de M. Rendu est d'autant plus complexe qu'il s'agit d'une piqûre faite au cours d'une autopsie chez un garçon d'amphithéâtre. Plusieurs hypothèses peuvent être posées : paralysie due aux toxines du traitement ou aux toxines introduites au moment de la piqûre anatomique; paralysie due à la rage atténuée; hystérie chez un alcoolique. Cette dernière hypothèse semble la plus probable.

M. Brouardel cite des faits de rage paralytique observés avant tout traitement pasteurien. Il ne croit pas qu'une piqûre anatomique puisse inoculer la rage; aucun fait de transmission d'homme à homme n'est jusqu'ici connu. Mais ces piqûres peuvent déterminer des myélites toxiques.

M. Dumontpallier demande que cette discussion soit continuée dans la prochaine séance. Il serait vivement à désirer que l'Académie s'occupât non seulement du traitement pasteurien, mais de la prophylaxie générale de la rage. Les morsures par animaux suspects deviennent à Paris de plus en plus fréquentes. Le traitement est douloureux, entraîne des pertes de temps dispendieuses. Ses résultats, s'ils sont indiscutables, sont loin d'être constants, et les décès restent en proportion très notable. Ne serait-il pas plus simple d'adopter les diverses mesures qui, en Allemagne, ont supprimé la rage en supprimant les chiens enragés ?

Les navires hôpitaux.

M. Duplouy lit un mémoire de M. Bureau montrant l'utilité que présenteraient, dans les expéditions coloniales, des navires hôpitaux, en particulier pour les malades frappés par l'impaludisme.

La déambulation dans les fractures de jambe.

M. Reclus décrit en son nom et au nom de M. Cestan un appareil perfectionné permettant la déambulation dans les fractures de jambe. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juin 1897. — Présidence de M. E. Delens.

De la Coxalgie.

M. Ménard (de Berck). — L'abcès dans une coxalgie fermée sans fistule n'est pas à comparer avec l'abcès ouvert et fistuleux. Il faut distinguer la tuberculose aseptique et l'abcès infecté. La plupart des coxalgies fistuleuses résistent à tout traitement pendant de longues années. Le pronostic est tout à fait différent. Il y a nécessité de faire des injections répétées dans les abcès simples. Ce n'est qu'en cas d'échec qu'on doit avoir recours au curettage intégral et celui-ci n'est possible que quand on a déjà obtenu une modification par les injections. Le seul temps difficile dans les cas de fistule, c'est de suivre le trajet dans toute son étendue. Il y a toujours à craindre une récidive. On ne doit jamais compter sur une réunion par première intention.

Fractures de rotule.

M. Peyrot. — Il est une variété de fractures qui permet d'éclairer l'histoire des fractures de rotule ; c'est la fracture simultanée des deux rotules. Cet os se brise par le fait d'une structure spéciale ou d'une prédisposition pathologique antérieure. Il cite un malade, âgé de 74 ans, qui, à partir de 54 ans, s'est fracturé 6 fois la même rotule et qui cependant marcha trois semaines après chacune de ses fractures. Triceps très atrophié.— Dans d'autres cas il a suturé la rotule. Il a mis deux fils dans une rotule simplement fracturée et cependant quinze mois après il a trouvé les fragments disjoints, mais non écartés. Or, trois mois après, dans un effort, la fracture se reproduisait, les fils étaient rompus (ce qu'on put constater par la radiographie). La suture à la soie est insuffisante. Les fils d'argent pourraient être remplacés par des fils de platine. L'idéal pour obtenir une grande solidité avec le minimum de danger serait de faire le cerclage avec un gros fil de platine.

M. Lucas-Championnière.— Les premières modifications au traitement de la fracture de rotule furent dues à l'emploi du massage. Puis vint Lister, qui préconisa l'ouverture large de l'articulation et la suture directe des fragments. C'est la seule méthode. Il a eu l'occasion de traiter 50 cas par la suture; sur ces 50 sont survenues 4 morts : 1 par chloroforme, 1 dans un cas d'écrasement du rein, 1 par vomissements incoercibles, avec urée en excès. Enfin, un 4e alcoolique, qui a

suppuré après avoir, dans un accès de délire, défait son pansement. Il est mort au bout de quatre mois. Le premier progrès que l'on a fait dans la suture de la fracture de rotule est l'ouverture large de l'articulation. Il faut savoir qu'il existe toujours un tablier fibreux interposé entre les fragments, d'où absence constante de réunion. Lister avait adopté soit un lambeau vertical, soit légèrement convexe. Au début, il a employé 2 à 3 fils, puis s'est tenu à 2 et non pas des petits mais de très gros fils d'argent (1 millimètre de diamètre). Il pratique un grand nettoyage de l'articulation, avant de placer les drains, en dehors et non dans l'articulation. Avoir érigé en méthode le cerclage de la rotule semble exagéré. Celui-ci a été fait bien souvent. De plus, dans le cerclage, le fil appuie sur le cartilage en une grande étendue, pourquoi ne pas éviter cet inconvénient? Le cerclage sans ouvrir l'articulation est une très mauvaise opération. La suture des tissus fibreux a un avantage qu'il faut se conserver, c'est de cacher de suite les extrémités du fil d'argent. Faire marcher tôt les malades, au dix-huitième jour; on évite ainsi les raideurs auxquelles un massage intempestif ne saurait remédier, on obtient ainsi une solidité merveilleuse. Le maintien du fil paraît jouer un grand rôle dans cette solidité. L'ouverture large de l'articulation pour la fracture de rotule a entraîné toute une série d'interventions pour des lésions péri-articulaires. Rupture du tendon rotulien, du ligament rotulien, désinsertion du ligament rotulien au niveau de l'épine du tibia. La suture périostique de la rotule paraît une amélioration et permet de supprimer le fil d'argent. Or, cette suppression paraît bien peu à désirer, la permanence du fil d'argent, attelle dans la rotule, est des plus importantes. Grâce au massage chez les cachectiques, les vieillards auxquels il faut ne pas faire la grave opération de l'ouverture large de l'articulation et de la suture, on peut obtenir des membres souples. Mais, après la suture, il ne faut pas faire le massage. Après la suture, il faut laisser agir la nature, et obéir en somme aux principes qu'a donnés Lister.

M. Berger. — *Polype naso-pharyngien. Incision du voile du palais. Destruction progressive par cautérisation pendant dix ans.*

M. Potherat présente un opéré pour *péritonite tuberculeuse.* M. B.

CONGRES D'OPHTALMOLOGIE

Session de mai 1897 (*Suite*).

Antisepsie préparatoire de la conjonctive.

M. Kalt (de Paris). — L'expérience a appris que les antiseptiques énergiques, tels que mercure, formol, etc., provoquent sur la conjonctive une pullulation microbienne. Aussi beaucoup d'opérateurs se contentent de simples lavages à l'eau bouillie. J'ai pratiqué en deux années aux Quinze-Vingts 373 opérations sur le cristallin et sa capsule. Chaque fois la désinfection des paupières a été faite au savon et au sublimé à 1/5.000. Les instruments ont toujours été bouillis. *a*) Sur 170 cas opérés avec désinfection immédiate des paupières avant l'opération et sans lavage de la conjonctive, il y a eu 4 infections iriennes graves, soit 2.4 0/0 ; *b*) même désinfection des paupières; puis grande irrigation avec mon entonnoir-laveur et une solution tiède de formol à 6 gouttes par litre : 5 cas. Pas d'infection; *c*) même désinfection des paupières, puis irrigation avec 1 litre de solution tiède de permanganate de chaux à 1/2.000 : 198 cas. Infection grave : 2 cas; soit 1 0/0. Bien que bactériologiquement parlant la conjonctive ne soit pas désinfectée, l'utilité des lavages est évidente.

M. Bull (de Paris) a fait une communication sur la valeur de *l'opthalmomètre* au point de vue pratique. Comme instrument du laboratoire il a rendu de très grands services, surtout en nous démontrant que la dilatation de la pupille peut fausser les résultats de l'examen subjectif, et que par conséquent l'emploi des midriatiques doit être évité. Comme instrument de clinique il est d'une très grande utilité, et d'abord il nous permet de restreindre dans une très large mesure l'étendue de l'examen subjectif. D'autre part il fournit des données précieuses pour l'interprétation des réponses du malade et rend l'examen subjectif plus exact. Enfin il nous permet de trouver rapidement la position des deux méridiens principaux de l'œil, c'est-à-dire de déterminer les limites extrêmes de la zone des *remota*; limites qu'il est nécessaire de connaître pour la correction de l'astigmie. En effet, on oublie trop souvent que l'astigmie est analogue à une longueur ; or, pour mesurer une longueur il faut en connaître les extrémités. M. Bull a cité un cas d'astigmie, qu'il a examiné suivant une méthode qui lui est spéciale, pour démontrer la valeur pratique de l'ophtalmomètre.

De l'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale au point de vue clinique.

M. Augiéras (de Laval) a cherché si un examen microscopique rapide, après coloration de la sécrétion conjonctivale, concourait utilement à déterminer la place d'une kérato-conjonctivite ou d'un conjonctivite dans la classification basée sur l'observation clinique. Il est arrivé aux conclusions suivantes : L'examen microscopique, après coloration de la sécrétion conjonctivale, est utile au diagnostic des affections de la conjonctive et de la cornée. La présence de microbes est la règle dans le catarrhe conjonctival (84 0/0); elle est l'exception dans la conjonctivite eczémateuse (34 0/0). Dans le catarrhe conjonctival des nouveau-nés, on trouve le plus souvent des diplocoques et des coccus. Dans celui de l'adulte, et notamment dans les cas chroniques et les poussées aiguës des cas chroniques, on trouve le plus souvent (65 0/0) un bacille d'aspect bien caractérisé, volumineux, généralement disposé par articles de deux éléments, quelquefois en longues chaînettes, tantôt inclus dans les globules de pus ou les épithéliums, tantôt libres dans la sécrétion; ce bacille se colore bien par le violet de méthyle. Dans quelques cas, où l'auteur l'a mesuré, les articles avaient en longueur 4 à 5 μ en moyenne, 6 μ les plus grands, la largeur était à peu près le quart de la longueur. Ce bacille dénommé, par le Dr Chibret (de Clermont), bacille hapus et diple, présente tous les caractères morphologiques du diplobacille de la conjonctivite subaiguë dont le Dr Morax a fait l'étude bactériologique et clinique. Un aspect fibrineux du mucopus indique un état eczémateux de la muqueuse. Les secrétions eczémateuses semblent dépourvues de propriétés infectieuses et peu favorables au développement des microorganismes. En un mot, elles sont bactéricides à un certain degré. L'aspect fibrineux du pus, l'absence de microbes dans la sécrétion, symptômes de conjonctivite eczémateuse, se retrouvent avec l'absence d'iritis plastique dans la kérato-conjonctivite ulcéreuse eczémateuse grave. Ces caractères la différencient de l'ulcère cornéen infectieux. S'il n'est pas absolument démontré que les affections eczémateuses de l'œil ont une origine exclusivement diathésique, il est très peu probable qu'elles aient pour cause une infection locale de la conjonctive ou de la cornée. L'hypothèse la plus probable est encore aujourd'hui celle que formulait le Dr Chibret en 1891 (1), comprenant sous le nom d'eczéma de la conjonctive toutes les affections diverses de cette membrane, qui sont provoquées ou entretenues par un état diathésique de ralentissement de la nutrition et admettant que l'eczéma est une névrite périphérique résultant d'une intoxication de source hépatique ou intestinale.

L'iritis suite de petites blessures (corps étrangers) de la cornée.

Antonelli.— Que l'iritis à la suite des petites plaies ou des corps étrangers de la cornée soit une iritis infectieuse, ou simplement toxique (irritation par agent chimique), il importe d'établir, à son égard, deux principes cliniques : 1° Il faut être toujours réservé dans le pronostic de ces accidents, car même lorsque la plaie cornéenne guérit rapidement, l'iritis peut prolonger l'affection oculaire de plusieurs semaines. 2° Pour prévenir l'iritis ou, si elle doit se déclarer, pour en diminuer de beaucoup la gravité et la durée, il est indispensable d'atropiniser tous les yeux qui sont atteints d'une plaie plus ou moins récente de la cornée, tant minime soit-elle, qu'elle renferme ou pas un petit corps étranger, qu'elle soit détergée ou encore tatouée par des grains de rouille ou autres,

(1) Etude expérimentale et clinique sur la pathogénie des affections de la conjonctive au point de vue bactériologique ; par le Dr Chibret. — Soc. franç. d'Opht., 1891.

qu'elle soit encore dénudée d'épithélium (coloration à la fluorescéine) ou fraîchement réparée. Nous avons comme règle, de désinfecter autant que possible le sac conjonctival et les voies lacrymales, s'il le faut, par des irrigations au sublimé (1 : 8.000), de déposer dans le cul-de-sac inférieur un tout petit grain de sulfate d'atropine en substance, et de couvrir l'œil avec un pansement sec à demeure. Ce dernier peut rester deux ou trois jours, si le malade ne peut pas revenir le lendemain à la consultation, et l'action du granule d'atropine est assez efficace pour que, au bout de ce laps de temps, en découvrant nous-même et pour la première fois l'œil, nous puissions trouver toujours la plaie cornéenne parfaitement réparée et tout danger d'iritis conjuré.

Fusion stéréoscopique des couleurs au point de vue clinique.

M. Augieras (de Laval) a étudié au point de vue clinique le phénomène de la fusion stéréoscopique des couleurs. D'une série d'observations, il tire les conclusions suivantes : quand il n'y a pas entre les deux yeux une différence d'acuité, l'incapacité à fusionner les couleurs est en rapport avec la neutralisation cérébrale des images visuelles. Elle est un symptôme de l'amblyopie et anopsie quelque léger qu'en soit le degré. La couleur prédominante dans l'image fusionnée peut être alternativement celle que perçoit l'un et l'autre œil. Ce symptôme accompagne une asthénopie. *Asthénopie par insuffisance de la fixation*, curable par les exercices stéréoscopiques. Quand la couleur qui prédomine dans l'image passionnée est toujours celle qui perçoit le même œil, il y a une habitude acquise de neutraliser l'image de l'autre. Ces sujets doivent être examinés attentivement au point de vue de la direction des axes visuels. On trouvera parmi eux des strabismes légers qui auraient passé inaperçus, longtemps encore, sans ce symptôme. On instituera un traitement orthoptique.

Chez d'autres sujets on ne constatera pas de déviation des axes visuels. Parmi eux se trouvent des amétropes qui demandent une correction de leur réfraction. Une correction binoculaire complète risque d'être mal tolérée par eux. Si le sujet est jeune, le traitement orthoptique doit se joindre à la correction. S'il est plus âgé, mais qu'il ait le désir de posséder la vision binoculaire et la faculté de se soumettre au traitement, l'indication est la même. Dans le cas contraire il faut respecter l'habitude de neutraliser.

Quand les sujets se servent d'un œil pour de près et de l'autre pour de loin, comme certains anisométropes myopes, on mettra chaque œil dans les conditions de réfraction les plus favorables à sa fonction spéciale. Chez les autres anisométropes on corrigera seulement le meilleur œil. Le malade aura le bénéfice de sa correction sans phénomène désagréable. On peut aussi éviter l'intolérance en corrigeant un œil intégralement et en ne donnant à l'autre qu'une correction incomplète et progressive. Le malade pourra continuer sans peine à neutraliser les images de plus en plus nettes de ce dernier œil après ces corrections successives.

(*A suivre*). Kœnig.

Institut vaccinogène des Bouches-du-Rhône. — Dans sa dernière session, le Conseil général des Bouches-du-Rhône a voté la création d'un Institut [illegible] départemental et la [illegible] d'un laboratoire [illegible].

Saisie-arrêt [illegible] allouées aux médecins. — Le tribunal civil [illegible] a [illegible] affirmativement la question de savoir si la saisie-arrêt des émoluments annuels [illegible] à [illegible]000 fr. et alloués à un [illegible] à un bureau de bienfaisance doit être faite en conformité de la loi du 12 janvier 18[illegible]. Le tribunal civil de Narbonne vient de faire l'application des mêmes principes au profit d'un médecin [illegible] chargé [illegible] de décès et nommé par arrêté municipal.

Exposition internationale d'hygiène à Arcachon. — Une exposition internationale [illegible] à Arcachon le 15 juillet [illegible] [illegible] l'alimentation.

REVUE DE CHIRURGIE

II. — **Les gros lipomes**; par le Dr H. Bousquet, directeur de l'École de Médecine de Clermont-Ferrand. — (*Le Centre méd.*, 1er avril)

II. — M. le Dr H. Bousquet a fait une communication intéressante à la Société de Médecine de Gannat, sur les *lipomes volumineux*. Après avoir rappelé brièvement différentes observations de gros lipomes opérés par divers chirurgiens, M. Bousquet rapporte trois cas personnels, concernant des lipomes, curieux par leur volume invraisemblable.





Fig. 51. — Lipome de la région sterno-claviculaire gauche.

Dans le premier cas, il s'agit d'une énorme tumeur, implantée dans la région sterno-claviculaire gauche par un pé-



Fig. 52. — Lipome de la paroi postérieure du dos.

dicule de 0m.45 de largeur avec, à sa surface, des paquets de veines variqueuses. La tumeur elle-même avait 0m.60 de lon-

gueur maxima et 0m.70 de circonférence. Elle pesait 17 livres et demie (*Fig.* 51). Le malade portait ce lipome depuis 30 ans, mais depuis 1891, la tumeur, jusqu'alors du volume d'un poing, aurait rapidement augmenté.

Le 27 avril 1893, on fit l'ablation complète du néoplasme, avec ligature des vaisseaux du pédicule. La plaie se réunit par première intention et, vers la fin de mai, la guérison fut complète. La tumeur présentait à la coupe tous les caractères du fibro-lipome, avec de grandes cavités remplies d'un liquide louche à la partie centrale.



Fig. 53. — Lipome de la partie gauche et antérieure de la poitrine.

Le deuxième cas est celui d'un cultivateur, portant à la partie postérieure du dos, à gauche de la ligne médiane, un volumineux lipome de 0m.60 de longueur, de 0m.70 de circonférence, inséré par un pédicule de 0m.20 de largeur (*Fig.* 52). Étant donné l'âge du malade (79 ans), M. Bousquet n'a point voulu tenter l'intervention (*Fig.* 52).

Enfin, la troisième observation est celle d'une femme, âgée de 40 ans, portant sur la partie antérieure gauche de la poitrine un lipome du volume de la tête d'un enfant à terme. La tumeur fut opérée le 28 janvier et la plaie guérit, par réunion immédiate, en une semaine (*Fig.* 53).

M. Bousquet termine sa communication par quelques mots sur l'histologie de ces tumeurs, formées, comme on sait, par du tissu adipeux et une trame fibreuse. Suivant que l'un ou l'autre de ces éléments prédomine, la consistance en est molle ou plus ou moins dure et c'est ce qui explique les nombreux cas où le lipome, formé uniquement de lobules graisseux, présente une véritable fluctuation. SCHWARTZ.

III. — Compte rendu annuel des opérations pratiquées à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand (3e année); par le Dr H. BOUSQUET.

III. — Dans ce travail, M. le Pr Bousquet présente une statistique de 273 opérations pour affections les plus diverses. Sur ce nombre, on compte 249 guérisons, 24 morts. Encore ne reste-t-il qu'une mortalité de 18 pour 273 cas, soit 6 0/0, si l'on retranche les blessés graves amenés dans un état inopérable. « Comme toujours, fait remarquer l'auteur, ce sont les interventions abdominales qui ont fourni la plus grande mortalité... Celle-ci n'arrivera à diminuer que du jour où nous serons arrivés à faire comprendre au public que dans les affections abdominales, plus l'intervention est précoce, meilleurs sont les résultats. »

Les affections sont classées par régions et les opérations auxquelles elles ont donné lieu sont décrites quand elles comportent quelques particularités. Signalons les cas les plus intéressants :

Pleurésie purulente chez un homme de 23 ans, résection des 7e, 8e et 9e côtes, vaste poche de pus. Guérison complète. Résection pour tuberculose vertébrale, septicémie, mort. On ne compte pas moins de 55 interventions sur l'abdomen, dont 37 pour laparotomies et 18 pour hernies. Sur 4 opérés de péritonite tuberculeuse, deux ont guéri; les deux autres sont morts. Sur 8 cas de kystes de l'ovaire, sept ont guéri. Un cas de luxation du pied sur la jambe compliquée d'une issue des deux malléoles avec plaie. Réduction. Guérison.

Ces nombreux succès opératoires, ainsi qu'il ressort des chiffres donnés plus haut, proclament mieux que tout éloge la valeur du chirurgien qui obtient de si brillants résultats.

P. RELLAY.

VARIA

Les Congrès de 1897.

XIIe Congrès international de Médecine de Moscou, — Du 19 au 26 août.

IIe Congrès national d'Assistance. Session de Rouen. — 14 au 20 juin 1897.

VIIIe Congrès annuel des médecins Aliénistes et Neurologistes. — Session de Toulouse, 9 août, 1897.

Congrès international de Médecine légale. — Bruxelles, 2 au 7 août, 1897.

Congrès international de Neurologie, de Psychiatrie, d'Electricité médicale et d'Hypnologie. — Bruxelles, 14 au 19 septembre.

Congrès français de Chirurgie. — Paris, octobre 1897.

Association française pour l'Avancement des Sciences. — Session d'Août 1897. Saint-Etienne.

La Peste aux Indes anglaises.

L'épidémie semble actuellement limitée à la présidence de Bombay; si elle ne cause plus qu'une centaine de décès par semaine dans cette dernière ville et si elle a diminué considérablement à Kurrachee et à Poonah, la mortalité par peste est encore élevée à Cutch et à Mandanie, ville maritime de 25.000 habitants, située entre Kattywar et le Sindh. Des villages plus ou moins importants sont encore éprouvés par le fléau, et cela avec une intensité effrayante, comme, par exemple, à Theronda, près de Poonah, localité assez salubre et relativement riche, où dans une quinzaine de jours on a compté 173 décès par peste sur une population de 800 habitants ! Il est rare que dans ces villages on prenne des précautions à l'égard des nouveaux arrivants; c'est ce qui donne lieu à ces infections successives des plus petites localités de la présidence.

La peste a fait aussi son apparition à Djeddah. Plusieurs cas ont été constatés dans le pèlerinage indien. Les précautions prescrites par la conférence sanitaire ont été prises. Les navires portant des pèlerins sont considérés comme n'ayant que la patente brute. Les décès quotidiens causés par la peste n'ont été que de six le 11 juin, de trois le 12 et d'un le 13.

L'admission des femmes enceintes dans les Hôpitaux de Paris.

Affaire de la Clinique de la rue d'Assas.

M. Dubois a questionné récemment au Conseil municipal de Paris le Directeur de l'Assistance publique sur la révocation d'une sage-femme de la Clinique de la rue d'Assas et sur les faits qui ont amené cette révocation. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a dit que le 16 avril dernier, à deux heures du matin, une femme qui venait d'accoucher de deux jumeaux se présentait à la clinique de la rue d'Assas; la sage-femme de garde alla près de la portière du fiacre pour dire à la malade qu'il ne lui était pas possible de l'admettre parce qu'il n'y avait aucun lit de vacant; elle fut conduite à l'hôpital de la Charité où elle succomba quelques heures après. M. Peyron répète que cette sage-femme a été coupable; quand une malade se présente dans les conditions qu'il vient de dire la sage-femme de garde doit d'abord l'accueillir : c'est un devoir d'humanité; il a jugé qu'il était de son devoir de prononcer la révocation de la sage-femme de garde. M. Dubois a répondu que la sage-femme de garde n'a fait que transmettre les instructions de la sage-femme en chef; c'est donc celle-ci qui aurait dû être frappée. M. Navarre a dit que le principal coupable dans le cas actuel, est le directeur de la clinique ; en ne punissant que la sage-femme de garde, l'administration commet une injustice. M. Strauss a demandé que les malades qui se présentent de nuit à une clinique soient immédiatement admises. M. Astier a dit que la direction des cliniques n'assure pas convenablement le service de nuit;

il appartient à l'administration de tenir la main à l'exécution des règlements. Il s'est associé à M. Strauss pour demander que la 5e commission fasse une enquête générale sur le fonctionnement du service de nuit dans les cliniques et les hôpitaux. M. Alpy a demandé si la sage-femme de garde a qualité pour prononcer sur l'admission des malades. M. Peyron a dit que le directeur n'intervient que dans les cas douteux ; si la sage-femme de garde est favorable à l'admission, son avis suffit. M. Navarre a déposé un ordre du jour invitant l'administration à procéder à une enquête pour établir les responsabilités.

M. Dubois a déposé une proposition complémentaire tendant à inviter l'administration à prendre des mesures rigoureuses contre les irrégularités qui se produisent dans les hôpitaux après le décès des malades. Les deux ordres du jour ont été adoptés.

La Patente et les Médecins des Hôpitaux qui découchent !

Suivant l'*Eclair* (8 juin 1896) un médecin, attaché à un de nos établissements hospitaliers les plus importants et les plus connus, a raconté le fait suivant, au moins piquant :

« Je suis médecin. J'exerce et j'habite rue..., numéro... Je n'ai pas d'autre domicile (c'est notoire) et je paye une forte patente. Or, l'Administration prétend avoir acquis (comment ?) la preuve que je ne couche pas chez moi. En conséquence, elle m'a envoyé l'invitation de payer, pour le gîte irrégulier qu'elle me suppose, une somme de..., pour patente et taxe mobilière. Elle fixe, naturellement, le chiffre de ladite somme d'après des évaluations fantaisistes. On me donne pour raison que les médecins doivent payer impôts et patentes, non seulement pour leur *domicile professionnel*, mais pour toutes les habitations annexes ou éloignées qu'ils peuvent avoir. J'ai voulu croire jusqu'au bout que la plaisanterie ne durerait pas ; mais l'huissier est venu l'autre jour à mon domicile réel pratiquer la saisie de mes meubles, qui seront vendus, si je ne paye... »

Qui se serait attendu à ce qu'il existât, chez les percepteurs, un registre consacré aux *contribuables qui découchent ?* Et quel drôle de service de surveillance suppose une pareille comptabilité ! *C'est véritablement insensé !* Dire qu'au XIXe siècle nous en sommes-là. C'est vraiment à désespérer de la race humaine ! M. B.

Essais organoleptiques permettant de reconnaître la viande fraîche.

La bonne qualité de la viande joue un rôle si important dans l'hygiène de l'alimentation qu'il convient de noter la méthode d'essai indiquée par les *Annales de chimie analytique*, d'après les communications faites à la réunion des chimistes suisses en 1896. La viande fraîche de bœuf présente une coloration allant du gris rougeâtre clair au brun rouge ; elle est élastique ; l'odeur en est faible et non désagréable. Par la putréfaction, la viande prend un aspect spécial ; elle devient spongieuse, elle dégage une odeur désagréable et sa surface se recouvre fréquemment d'une couche visqueuse de bactéries. Les muscles des animaux vivants ont une réaction faiblement alcaline ; après la mort, il se forme de l'acide lactique, qui agit sur les faisceaux fibreux. Quand la viande marchande a une réaction nettement alcaline, c'est qu'elle est entrée en décomposition. Pour déterminer l'odeur et le goût de la viande, il convient de la cuire et de goûter un bouillon préparé au moyen de l'échantillon à examiner. En ce qui concerne la viande de cheval, dans beaucoup de cas, l'examen effectué par les vétérinaires suffit pour que l'on puisse se prononcer sur le point de savoir si la viande mise en vente provient, en réalité, de l'animal annoncé. Parfois, l'analyse chimique peut fournir d'utiles indications pour caractériser la viande de cheval ; on déterminera, à cet effet, les propriétés de la graisse et l'on dosera le glycogène et le sucre réducteur. Pour l'essai de la graisse, on desséchera la viande à 100 degrés et l'on soumettra le produit au traitement par l'éther de pétrole. On examinera la graisse au réfractomètre d'Abbé Zeiss à 40 degrés et l'on en déterminera l'indice d'iode. Au réfractomètre à 40 degrés, la graisse de cheval marque 51 à 59 degrés, la graisse de bœuf de 43 à 49 degrés. L'indice d'iode de la graisse de cheval varie de 80 à 94 degrés, celui de la graisse de bœuf est compris entre 35 et 44 degrés. La viande de bœuf et celle de mouton ne renferment que peu ou point de glycogène et de sucre réducteur (au maximum 0.25 0/0), tandis que la viande de cheval fournit 0.5 à 1 0/0 de glycogène et 0.142 à 0.417 0/0 de sucre réducteur.

L'Alcoolisme dans les Pharmacies anglaises.

Le *British Medical Journal* consacre un long article à une dénonciation bien intéressante et qui témoigne chez les buveurs d'une remarquable ingéniosité. On se rappelle sans doute le pétitionnement organisé, il y a dix-huit mois, par les sociétés de tempérance, en vue de chasser l'alcoolisme des boutiques des patissiers. De sagaces observateurs avaient remarqué que beaucoup de dames du meilleur monde, qui se croiraient perdues de franchir le seuil d'un public-house, ne se faisaient pas faute de pénétrer chaque jour chez plusieurs patissiers, non pour tremper leurs lèvres roses dans une coupe de crème parfumée ou pour grignoter une friandise, mais pour y avaler entre deux visites une quantité excessive de spiritueux. Les pétitionnaires, qui n'exagéraient rien, demandaient aux magistrats de police d'interdire dans les patisseries la vente au détail des boissons alcooliques. Ils échouèrent. Nous apprenons que, si l'on peut continuer à s'alcooliser sous prétexte de pâte feuilletée et d'éclairs au chocolat dans les élégantes pâtisseries du West End, on peut en faire autant chez beaucoup de pharmaciens sous prétexte d'extrait de menthe et de vin de Porto au quinquina. Le *Brit. med. Journal* cite le cas d'un individu mort du *delirium tremens*, sans avoir jamais mis le pied dans un débit de boissons. Il ne buvait que dans les pharmacies ; mais il y buvait toute la journée. Il appelait cela « prendre des toniques », et il en a tant pris qu'il en est mort fou. Telles bouteilles mises en vente chez les pharmaciens sous des noms hypocrites comme crème de santé, vin fortifiant des îles, liqueur d'Hercule, contiennent de véritables spiritueux aussi dangereux que ceux que l'on débite dans les public-houses. Il en est ainsi dans tous les pays, mais ici l'ivrognerie y trouve son compte, et certains pharmaciens n'ont pas hésité à installer quelques tables dans leur arrière-boutique qui devient ainsi un véritable débit de boissons. Naturellement, notre confrère se garde de désigner ces pharmaciens, qu'il appelle des « *cabaretiers diplômés* ». La surveillance va commencer sérieusement.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 21. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Chauffard, Sébileau, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Peyrot, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Delens, Humbert, Walther.

MARDI 22. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Raymond, Rémy, Poirier. — 3e *de Doctorat* : MM. Polaillon, Maygrier, Thiéry. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Quénu, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Brun, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Letulle. — (2e *série*) : MM. Jaccoud, Hutinel, Charrin. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Panas, Schwartz, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Guyon, Berger, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Chantemesse, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Pozzi, Bar.

MERCREDI 23. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Landouzy, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Humbert, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Peyrot, Delens, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Widal.

JEUDI 24. — 1er *de Doctorat* (nouveau régime). MM. Panas, Farabeuf, Thiéry. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Polaillon, Pozzi, Rémy. — (2e *série*) : MM. Cornil, Brun, Poirier. — 3e *série* : MM. Grancher, Quénu, Albarran. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Berger, Schwartz, Bar. — 2e Examen de Chirurgien-dentiste : Le Dentu, Raymond, André.

VENDREDI 25. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Sébileau, Netter. — 5e *de Doctorat*, (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Humbert, Jalaguier, Delbet. — (2e *série*) : MM. Terrier, Broca, Walther. — (2e *partie* MM Potain, Gilles de la Tourette, Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Marchand, Bonnaire.

SAMEDI 26. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Rémy, Poirier, Thiery. — (2e *série*) : MM. Schwartz, Sébileau, Roger. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Dieulafoy, Pouchet, Quénu. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Debove, Letulle, Achard. — (2e *série*) : MM. Raymond, Hutinel, Marfan. — (1re *partie*). Chirurgie, (1re *série*) : MM. Polaillon, Nélaton, Albarran. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Brun, Hartmann. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 23. — M. Fiquet. Contribution à l'étude des dérivés protéiques des albuminoïdes naturels. — M. Lefebvre. Considérations sur quelques cas de rétention d'urine liée aux déviations de l'utérus gravide. — M. Tharreau. Kystes de l'épididyme. — M. Labiche. L'épithélioma de la main. — M. Larrieu. De l'anévrisme du tronc brachio-céphalique et son traitement chirurgical.

JEUDI 24. — M. Rouquerol. Contribution à l'étude des eaux dans la Régence de Tunis et le Sahara tunisien, principalement au point de vue de l'hygiène. — M. Guilmard. Des troubles de la menstruation dans les maladies du cœur. — M. de Saint-Fuscien. Contribution à l'étude du cancer primitif de la vésicule biliaire. — M. Hamant. Contribution à l'étude de la mort subite post-opératoire.

Enseignement médical libre.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*Gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Maladies mentales. — M. ROUBINOVITCH, chef de clinique de la Faculté de Médecine, fait les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, à l'Asile clinique (Saint-Anne) un cours élémentaire de pathologie mentale.

Electrothérapie. — M. L.-R. REGNIER fait tous les mardis, à 4 h. 1/2, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité, des conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'hygiène sociale.* — La Conférence pratique du dimanche 20 juin aura lieu à la station physiologique de M. le Pr Marey (de l'Institut), au Parc-aux-Princes, près la porte d'Auteuil, à neuf heures et demie du matin. Les Cours et les Conférences sont publics.

FORMULES

XXVIII. — Poudre composée pour le pansement de l'ulcère variqueux de la jambe. — M. F. SIMONELLI.

Chlorure de sodium en poudre impalpable. 50 grammes.
Menthol pulvérisé. . . . . 5 —
Mêlez. — Usage externe.

XXIX. — Pilules créosotées pour le traitement de la phtisie. MM. ROMEYER et TESTEVIN.

Créoso-magnésol (1) . . . . . . 0 gr. 10 centigr.
Miel. . . . . Q. S.
Mêlez. Pour une pilule. Faites 100 pilules semblables. A prendre : 6 à 10 pilules par jour.

XXX. — Sueurs des Phtisiques,

Tellurate de soude . . . . 10 à 20 centigr.
Alcool à 90 degrés . . . . 50 grammes.
Prendre une cuillerée à café le matin et le soir dans un peu d'eau sucrée.

XXXI. — Érysipèle de la face,

Acide phénique . . . . } ãã 2 grammes.
Teinture d'iode . . . . }
Alcool . . . . }
Essence de térébenthine . . . . . 4 —
Glycérine . . . . 6 —
Badigeonner les lésions avec ce liniment toutes les deux heures. Après chaque pansement, recouvrir les parties enduites avec de la tarlatane aseptique. (*Sem. Méd.*).

XXXII. — Les signes américains représentant les poids et mesures des médicaments.

Un de nos confrères ayant lu, dans un traité américain de pathologie des formules variées, se trouva fort empêché de comprendre les signes cabalistiques qui accompagnaient l'indication des substances médicamenteuses. Il nous a demandé de le renseigner sur ce point. Voici les explications que notre ami Em. Bourquelot a bien voulu nous donner.

SS = Semis = une demie (1/2).
O = octarius = une pinte (16 fluidonces) = 0 lit. 473.
℥ = une once = 31 gr. 103.
ʒ = drachme (60 grains) = 3 gr. 888.
Un grain = 0 gr. 0647.

Ainsi dans les exemples indiqués par notre correspondant :
Sulfate de soude. . . . . } ãã ʒ SS
Soufre précipité . . . . }
Signifie une demi-drachme = 1 gr 944.
Celui-ci :
Soufre précipité. . . . . . . IV à VI grains.
Glycérine. . . . . 1 once.
Eau de rose. . . . . Octarius SS.
Doit se lire :
Soufre précipité. . . . . . . 0,2592 à 0,3888
Glycérine. . . . . 31 gr. 103
Eau de rose . . . . 0 litre 2365
(*La Méd. mod.*, 15 mai).

(1) Le *créoso-magnésol* est un mélange contenant 89 °/o de créosote, qui est facilement supporté par l'estomac et dans lequel la saveur caractéristique de la créosote se trouve masquée.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 juin au samedi 12 juin 1897, les naissances ont été au nombre de 1.112, se décomposant ainsi: Sexe *masculin* : légitimes, 419, illégitimes, 158. Total, 577. — *Sexe féminin* : légitimes, 383, illégitimes, 152. Total, 535.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 juin au samedi 12 juin 1897, les décès ont été au nombre de 818, savoir : 456 hommes et 362 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 3, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 17, F. 10, T. 27. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 3, F. 3, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 0 F. 2, T. 2. — Grippe : M. 1, F. 1, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 105, F. 59, T. 164. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 8, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 8, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 2, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 29, F. 19, T. 48. — Méningite simple : M. 11, F. 16, T. 27. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 21, F. 12, T. 32. — Paralysie, M. 1, F. 4, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 30, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 6, T. 14. — Bronchite chronique : M. 12, F. 2, T. 14. — Broncho-pneumonie : M. 15, F. 13, T. 28. — Pneumonie : M. 17, F. 16, T. 33. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 24, F. 18, T. 42 — Gastro-entérite, biberon : M. 9, F. 10, T. 19. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 1, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 0 T. 2. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 11, F. 7, T. 18. — Sénilité : M. 18, F. 19, T. 37. — Suicides : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres morts violentes : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres causes de mort : M. 65, F. 70, T. 135. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 2, T. 3.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 181, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38, illégitimes, 19 Total : 57. — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 13. Total : 44.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La chaire d'histoire naturelle de la Faculté de Médecine est déclarée vacante.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — Un concours s'ouvrira, le 25 octobre 1897, devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon pour l'emploi de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Ecole.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — La chaire de pharmacie galénique est déclarée vacante.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Catteau, médecin principal, secrétaire du comité technique de santé au ministère de la guerre, est nommé membre du conseil supérieur de statistique. — M. Simonin, médecin-major de deuxième classe, surveillant à l'école du service de santé militaire à Lyon, est désigné pour l'hôpital militaire de Bordeaux (laboratoire de bactériologie). — M. Georges, médecin aide-major de première classe au 26e régiment d'infanterie, est désigné pour occuper l'emploi de surveillant à l'école du service de santé militaire à Lyon.

Note ministérielle relative à un concours pour un emploi de professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé militaire. — Un concours s'ouvrira, le 18 octobre prochain, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, à Paris, pour un emploi de professeur agrégé de chimie appliquée aux expertises de l'armée et de toxicologie. En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les pharmaciens-majors de première et de deuxième classe sont seuls admis à prendre part au dit concours. Les épreuves seront subies dans les conditions prévues par la décision ministérielle du 6 avril 1878 (*Bulletin officiel* du Ministère de la guerre, P. S. 1878, page 280), qui en a déterminé le programme. Les pharmaciens militaires qui désireraient prendre part à ce concours adresseront au Ministre de la Guerre (septième direction, bureau des hôpitaux), avant le 15 septembre, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

Augmentation des cadres du Service de Santé. — La direction du service de santé au Ministère de la Guerre a demandé la création de nouveaux emplois de médecins de différents grades ; mais elle s'en tient au chiffre de 40, assurément insuffisant si l'on tient compte de l'accroissement de nos formations depuis 1882. C'est, en effet, la loi du 16 mars 1882 qui a fixé l'effectif des médecins de l'armée ; ce chiffre n'a subi aucune modification depuis cette époque et est encore aujourd'hui de 1.300, savoir : 1 inspecteur général, 9 inspecteurs, 45 médecins principaux de première classe et 45 de

deuxième, 320 médecins-majors de première classe et 480 de deuxième, 300 médecins aides-majors de première classe et 100 de deuxième. En outre, 60 stagiaires terminent leurs études médicales à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. Lors de l'examen du projet relatif à la constitution des cadres et des effectifs de l'armée active et de l'armée territoriale, qui aboutit à la loi du 25 juillet 1893, la commission de l'armée estimait, dans un rapport, fait en son nom par M. Mézières, que la création de 81 médecins était indispensable pour assurer les besoins du service en temps de paix et pour encadrer vigoureusement, en temps de guerre, les 5 ou 6.000 médecins de la réserve et de l'armée territoriale. Le général Loizillon, alors ministre de la guerre, proposait une transaction et acceptait une augmentation de 40 médecins seulement ; puis, finalement, l'effectif des médecins militaires ne fut pas changé. Il est bon d'ajouter qu'en Allemagne le personnel du corps de santé comporte 1.800 médecins de tous grades, soit 500 de plus qu'on n'en compte dans l'armée française.

Les exercices spéciaux du service de santé en campagne seront exécutés en 1897 : au camp de Châlons, pour les 1er, 2e et 6e corps. A Paris, pour le gouvernement militaire de Paris, les 3e, 4e et 5e corps d'armée. A Rennes, pour les 9e, 10e et 11e corps d'armée. A Bordeaux, pour les 12e, 17e et 18e corps d'armée. A Lyon, pour les 7e, 8e et 14e corps d'armée. A Marseille, pour les 13e, 15e et 16e corps d'armée. A Lyon et Marseille, la date des exercices sera fixée en dehors de l'époque des manœuvres dans les Alpes.

Concours. — Le sujet mis au concours, pour le prix de médecine et de chirurgie d'armée, à décerner en 1897, est le suivant : *Des suites éloignées des maladies infectieuses dans l'armée.* — M. le Dr Perrier est nommé, après concours, professeur agrégé d'hygiène à l'Ecole du Val-de-Grâce.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Réserve.* — Nomination au grade de médecin principal : M. le Dr Roux, médecin principal de la marine, en retraite. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine au grade de médecin en chef : M. le médecin principal Galliot (Albert-Henri) ; au grade de médecin principal, les médecins de première classe : MM. Alix (Léon), Laurent (Arthur), Duclaud (Jules-Emile), Thémoin (François-Marie) ; au grade de médecin de première classe, les médecins de deuxième classe : MM. Kieffer (Jacques-Nicolas-Auguste), Marchandou (Aimable-Arsène), Lorin (Henri-Théodore), Briend (Léopold-François).

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — Nomination à l'emploi de médecin stagiaire de deuxième classe : M. Bireaud.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur* : M. le Dr Dupuy (Déotin-Décadi-Magloire), membre du Conseil général de l'Aisne, maire de Vervins ; M. le Dr Mourette (Isidore Benoni), médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin.

A la fin de la séance d'inauguration du Congrès d'assistance de Rouen, qu'il avait présidé l'après-midi, le Ministre a remis les palmes académiques à M. le Dr Giraud, directeur de l'asile Saint-Yon, M. le Dr Dubreuil, médecin de l'Assistance publique à Rouen M. le Dr Penel, directeur du bureau municipal d'hygiène, et M. Meyron, économe de l'Hôtel-Dieu.

RÉCOMPENSES. — M. le Ministre de l'Intérieur a décerné les médailles d'honneur suivantes. *Médailles d'argent* : M. Boudaille (Henri-Charles), docteur en médecine, médecin aide-major de réserve, a fait preuve de la plus intelligente activité et d'un grand dévouement pendant une traversée de Dakar à Majunga à bord du vapeur *Ville-de-Maranhao*, chargé de transporter des conducteurs à Madagascar. — Mme Lemaître (Juliette-Josèphe), en religion sœur Pacifique, supérieure des sœurs de l'hospice mixte de Lorient, 28 ans de services dans les salles militaires, dont 11 ans comme supérieure — M. Barbé (Auguste-François), sergent à la 20e section d'infirmiers, a prodigué ses soins aux malades contagieux traités à l'hopital de Mascara et a fait preuve du plus grand dévouement pendant l'épidémie de fièvre typhoïde de 1896. — *Médailles de bronze* : MM. Idier (Jean-Louis) et Dufrèche (Jean), soldats au 2e zouaves, infirmiers auxiliaires à l'hopital militaire de Mascara : le premier a soigné avec dévouement les typhoïdiques et a contracté lui-même une fièvre typhoïde grave ; le second a prodigué ses soins de jour et de nuit lors d'une épidémie de variole. — M. Monteillet (Clément-Léopold-Gustave), caporal à la 21e section d'infirmiers, en service à l'hopital militaire de Batna en 1896, a été, sur sa demande, préposé aux soins et à la garde des malades contagieux ; s'est particulièrement distingué par son dévouement lors d'une épidémie de fièvre typhoïde. — M. [illegible] (Jules-Joseph), infirmier à la 6e section, chargé, à l'hopital militaire de Toul, du service des bains à donner aux typhoïdiques, s'est acquitté de ses fonctions avec le plus grand dévouement et a contracté lui-même une fièvre typhoïde grave qui a mis ses jours en danger. — M. Rolando (Jean-Marie), infirmier à la 11e section, désigné pour donner les bains aux typhoïdiques de l'hospice mixte de Nantes, a fait preuve du plus grand dévouement, a contracté lui-même une fièvre typhoïde grave suivie de phlébite. — Delbreil (Jean), infirmier régimentaire au 14e régiment d'infanterie, attaché aux salles militaires de l'hospice mixte de Brive, a fait preuve du plus grand dévouement dans les soins qu'il a prodigués aux typhoïdiques, a contracté lui-même une fièvre typhoïde grave. — Perrayon (Pierre), caporal à 25e section d'infirmiers, en service dans les salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble, s'est distingué par son zèle et son dévouement de tous les instants lors des épidémies typhoïdiques de 1895 et 1895 ; son existence a été en danger par suite d'une fièvre typhoïde grave contractée dans le service. — M. Lamure (Constant), infirmier auxiliaire du 2e régiment d'artillerie, en service dans les salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble, s'est distingué par son zèle et son dévouement de tous les instants lors des épidémies typhoïdiques de 1895 et 1896 ; son existence a été en danger par suite d'une fièvre typhoïde grave contractée dans le service. — M. Coquant (Eugène), infirmier de la 14e section, s'est fait remarquer par son zèle et son dévouement dans le service des contagieux à l'hôpital de Briançon (1896), a contracté lui-même la fièvre typhoïde. — M. Muret (Auguste), infirmier régimentaire du 150e régiment d'infanterie, en service à titre auxiliaire à l hôpital militaire de Briançon, s'est distingué lors d'une fièvre typhoïde (1896), a été lui-même atteint par la contagion.

MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES. — M. le Dr DUBIEF est nommé médecin inspecteur des écoles du XIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le Dr Rogron, décédé. — M. le Dr BISEMSTEIN est nommé médecin inspecteur des écoles du XIe arrondissement, en remplacement de M. le Dr Quélen, démissionnaire.

MÉDECIN-MAIRE. — M. le Dr LE NOEL vient d'être élu maire d'Amiens. — Le Conseil municipal de la commune de Saint-Vincent-de-Paul, convoqué pour remplacer le maire royaliste Princeteau, révoqué, a élu un républicain, M. le Dr Ponty, vice-président du Conseil d'arrondissement.

LE MONUMENT PASTEUR. — On annonce que la souscription ouverte pour le monument Pasteur s'élève aujourd'hui à la somme de 297,000 francs. Cette somme a été recueillie par des comités particuliers, qui se sont formés dans presque toutes les capitales du monde. Le comité de patronage de la souscription se réunira mercredi pour fixer le programme du monument à élever et pour désigner la place publique qui sera demandée à l'autorité compétente. M. Falguière a été chargé de l'exécution de ce monument, M. Paul Dubois, à qui l'on s'était adressé d'abord, ayant décliné la proposition qui lui était faite.

MÉDICAMENTS EXPLOSIFS : LE CHLORATE DE POTASSE. — Un médecin de Reims, M. le Dr X ..., visitait un malade et, tout en écoutant ses doléances, une main dans la poche, frottait machinalement l'une contre l'autre deux pastilles qui s'y trouvaient. Subitement, une légère explosion se produisit ; en même temps, il ressentait une assez vive douleur à la main. Le premier moment de surprise passé, il se rendit compte de ce qui venait de lui arriver : le fond de la poche était complètement brûlé ; son caleçon était roussi à la même hauteur ; il avait une brûlure du troisième degré à un doigt. Il savait avoir depuis plusieurs jours dans cette poche deux pastilles comprimées de chlorate de potasse et une pastille de chlorate au sucre ; il retrouvait celle-ci brisée en plusieurs morceaux ; une des deux pastilles comprimées était intacte ; l'autre n'avait pas laissé de trace. L'explication semble la suivante. M. X... avait frotté la pastille comprimée de chlorate de potasse contre celle de chlorate au sucre ; au point de contact s'était formée une petite quantité de poudre explosible qui, en s'enflammant, avait déterminé la brusque décomposition de la pastille comprimée. (*Rev. de Chimie.*)

REJET DES CONSEILS DE DISCIPLINE. — Le corps médical belge a été consulté par circulaire, adressée à 3.000 praticiens triés par les disciplinistes, sur la question des conseils de discipline. Les amateurs de panache comptaient sur une majorité écrasante en faveur de cette institution idiote. 2.000 praticiens ont dédaigné de répondre aux promoteurs des commissions médicales électives et des pouvoirs disciplinaires. Et sur les 1.000 répondants, il y a eu autant de *Non* courageux que de *Oui* complaisants. La fameuse fédération disciplinaire a donc recueilli une majorité *écrasante negative*. — Le Gouvernement est averti (*Le Médecin*, juin, p. 178). — Espérons qu'en France, à notre tour, nous saurons tirer parti de cette consultation !

DISTRACTIONS AUX ALIÉNÉS. — On annonce la constitution d'un « *Comité Lionnet* » dans le but de reprendre la suite des représentations charitables de la Salpêtrière et de Bicêtre. M. Henry [illegible] a accepté la présidence d'honneur de ce comité. Ont été élus président : M. René Luguet, doyen des artistes dramati-

ques ; vice-présidents : MM. Mounet-Sully et Caron, de l'Opéra ; trésorier : M. Melchissédec, de l'Opéra ; secrétaire : M. Charles Fromentin. Les concerts de la Salpêtrière et de Bicêtre auront lieu à la fin de juin. Le siège du comité est, 27, avenue Trudaine.

Nous avons vu disparaître avec plaisir les concerts Lionnet qui n'étaient pas faits pour les malades, mais pour les invités des organisateurs. Les « distractions » aux malades devraient toujours être données sur l'avis du médecin. Un ancien médecin de Bicêtre, Leuret, avait organisé des concerts en vue, non-seulement de distraire les malades, mais encore de leur être utile. C'était pour lui un moyen d'action thérapeutique.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GÉOLOGIE EN 1897. — Un Congrès géologique international aura lieu au mois d'août prochain à Saint-Pétersbourg, sous la présidence de S. A. I. le grand-duc Constantin Constantinovitch. Des excursions géologiques auront lieu en Russie, de juillet à septembre.

NÉCROLOGIE. — De Wiesbaden on annonce que le Pr FRESENIUS, chimiste et conseiller intime, a succombé à une attaque d'apoplexie. Fresenius était né à Francfort-sur le-Mein en 1818. Il débuta dans la carrière académique comme préparateur de Liebig à l'Université de Giessen, puis devint professeur de chimie et physique à l'Institut agronomique, de Wiesbaden, où il établit de beaux laboratoires, entre autres pour les essais œnologiques et une station pour la chimie agricole, qui est actuellement dirigée par son fils aîné. Fresenius a poursuivi jusqu'à ces derniers temps dans son laboratoire des études de chimie appliquée à l'industrie. Il a publié plusieurs ouvrages, notamment sur les analyses qualitatives et quantitatives, un manuel de chimie agricole et de nombreuses monographies sur la composition chimique des eaux minérales. — M. le Dr MARTIN (Ernest), ex-médecin de la légation de France en Chine, ex-médecin-major à l'École polytechnique, mort à Epinay-sur-Seine, le 1er juin, à l'âge de 66 ans. — M. Alfred STOCQUART, docteur en médecine, chirurgie et accouchements, chef des travaux anatomiques à l'Université libre de Bruxelles, secrétaire de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles, médecin de l'Œuvre des secours médicaux gratuits sous le haut patronage de S. M. le Roi, membre correspondant de la Société royale des sciences médicales et naturelles et de diverses autres Sociétés savantes, décoré de la Croix civique de 2e classe, né à Grammont, le 9 avril 1854, et décédé, après une courte maladie, à Bruxelles, le 4 juin 1897. — M. le Dr DURAND (de Davenescourt). — M. le Dr LEROUX, chirurgien honoraire de l'hospice de Versailles.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal). — — M. le Dr P. BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Auguste VOISIN, le jeudi, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet** *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

SCHINZINGER. — Mittheilungen aus dem Gebiete der Luxationen und Fracturen. Brochure in-8 de 40 pages, avec une planche hors texte. — Freiburg im Brisgau, 1896. — Herder'sche Verlagshandlung.

SCRIPTURE (Ed.-W.). — Studies from the yale Psychological Laboratory. Volume III, 1895, in-8 de 109 pages, avec 25 figures, — New Haven, 1896. — Yale University.

SWAYNE (J.-G.). — Induced premature labour in certain diseases of the mother not obstructing delivery. Brochure in 8 de 19 pages. Bristol, 1896. — *The Bristol Medico-Chirurgical Journal.*

SZALARDI (M.). — Gegenwartiger Stand des Findelwesens in Europa. Brochure in-8 de 56 pages. — Budapest, 1896. — *Pester* Buchdruckerei-Actiengesellschaft.

TUBBY (A. H.). — Deformities a treatise on orthopædic surgery intended for practitionner and avanced students. Un fort volume de 600 pages, avec 302 figures Prix : 17 fr. — Londres, 1896. — Macmillan et Ce.

NICOLAYSEN (J.). — Studier over aetiologen og pathologien af ileus. Volume in-8 de 182 pages, avec 2 planches hors texte. — Kristiania, 1895 — Det Steenske Bogtrykkeri.

OPPENHEIM (H.). — Der Fall N. — Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen. Brochure in-8 de 42 p. — Berlin, 1896. — Verlag von S. Karger.

PENNSYLVANIA TRAINING SCHOOL (FORTY-THIRD ANNUAL REPORT for Feeble-minded children. Volume in-8 de 32 pages, avec 12 pages. — Philadelphia, 1895. — Bunk und Mac Fetridge Co.

PINERO. — Memoria presentada a la Sociedad de beneficencia. — Hospital nacional de alienadas (1894-95). Brochure in-8 de 37 pages, avec une planche hors texte. — Buenos-Ayres, 1896. — Imprenta J. Peuser.

PITTARELLI (E.). — Sull' analisi dell' azoto, del glucosio e degli acidi minerali (Note urologique). Brochure in-8 de 32 pages. — Milan, 1895. — Casa editrice F. Vallardi.

MONCORVO FILHO. — Do valor terapeutico dos vernizes antisepticos (Steresol e suas modificações). Brochure in-8 de 53 pages. — Rio-de-Janeiro, 1896. — Typ Moraes.

MOREIRA (J.). — Dyskinesias arsenicaes (Nova contribuição a ostado actual da questão). Volume in-8 de 110-VIII pages. — Bahia, 1896. — Litho-Typo Oliveira et Companhia.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. V. N° 26. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 26 JUIN 1897.

Le Progrès Médical

ASSISTANCE ET CLINIQUE

Lettre aux membres de la 3e Commission du Conseil général de la Seine sur la création de classes spéciales pour les enfants arriérés.

Par **BOURNEVILLE**.

I.

A MM. les membres de la 3e Commission du Conseil général de la Seine.

Messieurs,

Depuis plusieurs années, nous profitons des visites de la 3e Commission du Conseil général et de la Commission de surveillance pour attirer leur attention sur la création de *classes spéciales* qui seraient annexées à quelques-unes des écoles primaires de chaque arrondissement et recevraient les *enfants arriérés* de toutes les écoles de l'arrondissement, les enfants renvoyés à cause de ce qu'on appelle leur indiscipline, enfin les enfants des services d'arriérés suffisamment améliorés pour bénéficier de ces classes.

Dans le but de vous renseigner exactement, nous avons pensé utile de mettre sous vos yeux les documents qui suivent, où sont résumées les raisons qui militent en faveur de la création que nous proposons.

Voici, en premier lieu, la *Note* que nous avons communiquée à la Commission de surveillance lors de sa visite du 2 mai dernier (1896).

Note a la Commission de surveillance.

Malgré les sacrifices considérables faits par le département de la Seine qui assiste, traite et instruit, à l'heure actuelle, plus d'un millier d'enfants idiots et épileptiques, l'assistance de ces malheureux est loin d'être suffisante. La section de Bicêtre, que vous venez de visiter, renferme 524 enfants, c'est-à-dire 124 de plus que le nombre pour lequel elle a été construite. La Fondation Vallée, que vous visiterez cette après-midi, en contient 133, c'est-à-dire 33 de plus que le chiffre primitivement fixé. Bien que l'encombrement ait atteint en quelque sorte ses limites extrêmes, nous avons, pour ici seulement, 22 demandes d'admission dont l'inscription de quelques-unes remonte à près d'un an. Les lits vacants à la colonie de Vaucluse, affectée aux enfants de 7 à 16 ans qui ne sont ni gâteux ni épileptiques, seront occupés dans un délai rapproché et le désencombrement des dortoirs actuels de la Fondation Vallée prendra près de la moitié du nouveau bâtiment (1). En l'état des finances départementales et des besoins, malheureusement croissants, du service des aliénés adultes, il n'est guère permis d'espérer qu'on puisse songer à de nouvelles constructions pour les enfants, dans un temps prochain. C'est pour cela que nous devons appeler votre attention sur un mode, plus économique et facilement réalisable, d'assistance et d'éducation de la catégorie la moins malade des enfants idiots, nous voulons parler des *arriérés*.

Les *arriérés* et même les *imbéciles* du degré le moins accusé existent en certain nombre dans les services consacrés aux idiots. Il y a aussi des arriérés, des retardés dans les écoles ordinaires ou qui, renvoyés des écoles, restent dans leurs familles ou vagabondent dans les rues.

Pour ces enfants nous proposons la création de classes spéciales *annexées aux écoles primaires ordinaires.*

Afin de justifier cette création, nous devons citer des faits, des chiffres et exposer brièvement ce qui se fait à l'étranger.

* * *

Les faits abondent ici, et nous allons faire passer sous vos yeux des enfants qui pourraient être envoyés à ces *classes spéciales*.

Ils peuvent se diviser en deux catégories. La première comprend les enfants arriérés ou atteints d'imbécillité sans perversion des instincts qui, si ces classes avaient existé, n'auraient pas eu besoin d'être hospitalisés. La seconde se compose d'enfants qui nous sont arrivés atteints d'idiotie, gâteux même, et qui ont été considérablement améliorés. Leur *photographie*, prise à diverses époques, met en évidence les heureux changements qui ont été obtenus. L'examen de leurs *cahiers scolaires* en fournit également la démonstration. Le tableau suivant donne sur chacun d'eux, les principaux renseignements (p. 6 et 7).

Écoles de garçons.	Arriérés.	Indisciplinés.	Écoles de filles.	Arriérées.	Indisciplinées.
Arbalète	2	1	Arbalète	1	»
Cujas	20	3	Bernardins	»	»
Feuillantines	20	14	Blainville	»	»
Fleurus	1	1	Boulangers	1	»
Fossés St.-Jacques	7	»	Boutebrie	»	»
Madame	1	»	Buffon	»	7
Poissy	1		Jardinet		
Pont-de-Lodi	1	1	Madame		»
Pontoise	4	.	Monge		2
Rollin		»	Pontoise	»	»
St.-Benoît			Rennes		»
St.-Jacques		7	St-Benoît		»
St.-Marcel	20	10	St-Jacques	4	3
Tournefort	»	»	Vaugirard	»	»
Vaugirard n° 9			Victor Cousin		
Vaugirard n° 82					
	77	30		6	10

Nous devons faire une remarque au sujet des enfants de la seconde catégorie. Lorsque leurs parents se rendent compte qu'ils sont dans une bonne voie, ils réclament leur sortie. Nous sommes obligé de nous incliner, souvent avec regret, car nous craignons qu'au dehors l'évolution en train ne s'arrête. Cela arrive malheureusement quelquefois et, au bout d'un temps plus ou moins long, on nous ramène les enfants ayant en grande partie perdu ce que nous leur avions donné péniblement. Sur l'avenir de la plupart, nous manquons de renseignements. On peut en inférer que leurs progrès ont continué. Il y aurait un réel intérêt à savoir ce qu'ils deviennent, ce que, personnellement, nous aurions voulu connaître si le temps et les moyens ne nous manquaient. Cette enquête, à notre avis si désirable, pourra être entreprise le jour où sera enfin créée la *Société de patronage des aliénés sortis des asiles du département de la Seine*, adultes ou enfants. — Nous de-

(1) Ainsi que nous l'avons dit souvent, dans le programme général de la construction des asiles indispensables au département de la Seine, il ne devrait [illegible] de vue la construction d'un asile pour *les idiots* et les [illegible] *adultes*, avec des ateliers, une ferme, etc.

vons ajouter que dans les autres services consacrés aux enfants idiots et arriérés on en trouverait également de semblables aux nôtres, c'est-à-dire susceptibles d'être traités et éduqués dans les classes spéciales.

Dans les écoles primaires de la ville, il y a aussi nombre d'*enfants retardés* qui ne peuvent suivre utilement leurs camarades, qui troublent les classes, qui font le tourment des maîtres et sont la risée ou les souffre-douleurs de leurs petits camarades. Nous avons fait procéder sur ce point à une petite enquête dans les circonstances suivantes. L'idée de la création des *classes spéciales*, sur laquelle notre attention a été appelée par la lecture des travaux publiés à l'étranger (1), a été de notre part l'occasion de diverses communications à la délégation cantonale du 5e arrondissement et au Congrès national de Lyon en 1894.

C'est à ce propos et avec l'assentiment de la Délégation que M. Foubert, inspecteur de l'enseignement primaire, à notre instigation, a invité les instituteurs et les institutrices des 5e et 6e arrondissements à lui dresser une liste des enfants arriérés et indisciplinés qu'ils avaient dans leurs écoles. Nous avons résumé le résultat de cette enquête dans le tableau ci-dessus qui figure dans le Rapport (2) que nous avons lu en décembre 1895 à la Délégation cantonale.

« En ce qui concerne les écoles maternelles, sur 12 écoles, une seule, celle de la rue du Sommerard, signale quatre arriérés. Il est évident que cette enquête, faite à la hâte, par des personnes qui n'ont pas de connaissances médicales, aurait besoin d'être reprise en leur donnant des indications détaillées sur le but que l'on poursuit. Certains maîtres et certaines maîtresses, par exemple, ont craint d'être accusés de négligence s'ils mentionnaient l'existence dans leurs classes d'enfants indisciplinés ou arriérés. Cependant, telle qu'elle est, cette enquête sommaire montre qu'il y a 83 enfants arriérés et 49 indisciplinés des deux sexes dans les écoles des Ve et VIe arrondissements sur une population scolaire de 3.575 garçons et de 3.207 filles. Elle met en relief l'utilité de la création des *classes spéciales* dont nous venons de parler. »

*
* *

Notre proposition ne constitue pas une innovation. Les classes spéciales dont nous demandons la création existent déjà dans un certain nombre de pays. Nous en avons fait l'énumération dans les publications auxquelles nous avons fait allusion. Nous n'y reviendrons pas ; nous nous bornerons à une citation empruntée au docteur G.-E. Shuttleworth, ancien médecin-directeur du *Royal Albert Asylum for idiots and imbeciles* (3), citation dans laquelle il donne d'ailleurs quelques renseignements historiques. Après avoir parlé de la grande enquête qui a été faite en Angleterre dans les écoles publiques, pour se rendre compte du nombre et de la situation des enfants anormaux, il continue ainsi :

« En donnant la prééminence à cette enquête, qui est peut-être la première recherche scientifique compréhensive d'anormalités chez les enfants des écoles, nous n'avons pas l'intention de réclamer la priorité pour l'Angleterre dans l'instruction pratique des arriérés, «*mentally-feeble* », terme que nous regrettons de ne pas voir adopter pour dénommer cette catégorie spéciale d'enfants exceptionnels, de façon à éviter l'ambiguité du terme américain « *feeble-minded* » (enfants d'un esprit faible).

« Dès 1881, nous trouvons une « classe auxiliaire » Hülfs-Klasse) établie en connexité avec les écoles municipales de Brunswick pour le bienfait des enfants qui, quoique non idiots et imbéciles, étaient mentalement inférieurs à leurs condisciples, au point de rendre leur instruction inefficace dans les écoles ordinaires. A force d'attention individuelle, rendue possible par le zèle sans cesse croissant des maîtres chargés de l'instruction de ces enfants, et d'une adaptation du système d'éducation sensorielle et manuelle, qui rend de si grands services dans les institutions pour les imbéciles, Herr Kielhorn, le directeur de ces classes, a obtenu les résultats les plus satisfaisants.

« Des classes semblables, — ou écoles spéciales, — ont aussi été créées à Cologne, à Dusseldorf, à Crefeld, à Gera, à Dresde, à Leipzig, etc. Dans les classes de Brunswick, il y a actuellement 110 élèves environ ; à Cologne, il existe deux écoles spéciales avec un total de près de 300 enfants. Comme règle, un maître ne doit pas avoir plus de 20 élèves ; et comparativement un progrès lent (une année de travail d'école ordinaire étant obtenue en quatre) est tout ce qu'attendent les autorités scolaires. Quelques enfants restent dans ces classes jusqu'à 18 ans ; et, s'il est nécessaire, lorsqu'ils quittent, une aide charitable leur trouve un emploi convenable. Dans les Pays-Scandinaves, aussi comme annexes des établissements pour les imbéciles, des classes pour l'instruction spéciale des enfants anormaux ont été organisées depuis longtemps. A Christiania et à Bergen, ces classes sont annexées aux écoles élémentaires publiques sous la direction respective de Herr Lippestad et Herr Sœthre, directeurs des institutions voisines consacrées aux imbéciles. A Copenhague, cette œuvre fait partie de l'organisation remarquable du Dr Keller, pour les soins et l'éducation des enfants arriérés. Le fait qu'il a un personnel de 25 maîtres pour 200 enfants, montre que l'instruction est individualisée, autant que possible et d'après notre examen personnel, nous pouvons affirmer son caractère admirablement pratique. L'éducation industrielle est donnée sur une large échelle, et des emplois dans les fermes, ainsi que chez les fabricants de brosses et de balais, sont procurés aux garçons qui ont fini leur temps d'école, tandis que des places de domestiques et de filles de laiterie sont trouvées pour les filles. Celles-ci sont surveillées soigneusement d'où il résulte que « très peu tournent mal au dehors ».

« Le 5 mars 1891, le Comité des écoles de Londres chargea quelques-uns de ses membres d'examiner l'opportunité de mettre en pratique la recommandation de la Commission royale à laquelle nous avons précédemment fait allusion et qui était formulée en ces termes : — « Que, en ce qui concerne les enfants d'un esprit faible, ils seraient séparés des écoliers ordinaires dans des écoles publiques élémentaires, afin qu'ils puissent recevoir une instruction spéciale. » Le résultat fut la création, l'année suivante, d'« Écoles pour l'Instruction spéciale » des enfants qui, en raison de leurs défectuosités physiques ou intellectuelles, ne pouvaient pas être convenablement instruits dans les classes ou par les méthodes ordinaires et Mrs Burgwin fut chargée de leur organisation. Sous son habile direction pas moins de 17 centres d'instruction spéciale ont été créés jusqu'à présent, principalement dans les districts les plus pauvres de la métropole. — Il y a maintenant près de 600 enfants sur le rôle — et ce nombre augmente sans cesse. Le conseil des écoles (*School Board*) a sagement ordonné que 30 élèves au plus seraient assignés à chaque maître ; et dans la pratique les classes n'atteignent même pas ce chiffre. La proportion des élèves est, à vrai dire, beaucoup plus grande que dans les écoles des Pays-Scandinaves, où chaque maître n'est chargé que de l'éducation de dix élèves ; mais le directeur utilise de la façon la plus remarquable la force enseignante, qu'il a à sa disposition, par un horaire bien établi. Il est à remarquer, relativement à ce qui précède, que quoique la nomenclature habituelle des études scolaires soit conservée, on a recours à l'éducation sensorielle et manuelle, ainsi qu'aux méthodes objectives de démonstration, plutôt qu'à l'instruction ordinaire.

« Les occupations, qui forment une partie importante du travail de chaque jour, sont spécialement adaptées aux ca-

(1) *Archives de Neurologie, passim*

(2) Ce rapport a été reproduit dans le *Compte-rendu* de notre service pour 1895, p. LVII.

(3) *Mentally-Deficient Children. Their treatment and training.* London, 1895.

pacités ou aux incapacités diverses et individuelles des élèves. Les résultats, montrés à une exposition récente des produits de l'*enseignement manuel* des écoles de Londres, en général, sont fort encourageants et même, dans quelques cas, surprenants. On peut constater, à vrai dire, que, à cette exposition, l'étalage des travaux de chaque enfant, dans la classe spéciale, honorablement considérée comme la sienne, est placé à côté de celui des enfants normaux. La sélection des élèves pour ces classes est faite par le directeur de cet enseignement spécial, d'après les renseignements donnés par le maître qui a observé l'imperfection et avec l'approbation du médecin du Conseil des écoles. Cette répartition habile des élèves dans la catégorie qui leur est propre est, sans nul doute, essentielle au succès de cette œuvre digne d'éloges.

« Quelques maisons privées d'éducation, dans lesquelles des enfants mentalement défectueux (*mentally-deficient*) qui ne peuvent pas être, à proprement parler, considérés comme idiots ou imbéciles, sont instruits par les mêmes procédés que ceux des classes spéciales du Conseil des écoles, ont été établies dans ces dernières années. Comme, dans beaucoup de cas, la faiblesse de corps coïncide avec la faiblesse d'esprit, une habile surveillance médicale d'une telle éducation est un avantage. Il est évident qu'un enfant dont l'imperfection mentale ou l'état nerveux n'est que léger, aura plus de chance d'amélioration lorsqu'il sera instruit avec des enfants qui offrent des conditions mentales semblables que s'il est soumis dans une école ordinaire à une rivalité sans espoir avec des enfants normaux, ou, d'un autre côté, exposé aux influences déprimantes d'une institution où les idiots sont reçus.

« En outre des arrangements spéciaux organisés par les Conseils scolaires, certaines agences philanthropiques ont fondé, dans ces dernières années, de petites maisons industrielles dans les diverses parties de la contrée, pour l'emploi, sous une surveillance judicieuse, des adolescents faibles d'esprit. Quant aux filles, une surveillance bienveillante est naturellement nécessaire, et les maisons établies dès maintenant sont exclusivement pour elles, mais on espère que la nécessité de cette direction du sexe « inférieur » si elle n'est pas pressante, ne sera pas finalement perdue de vue.

« Quelques cas démonstratifs, donnant une idée de la classe des enfants auxquels la désignation de « *feeble-minded* » (à l'esprit faible) ou de « *feeble-mentally* », est appliquée à juste titre, peuvent aider à éclaircir le sujet. De tels enfants sont aussi décrits comme « arriérés, « backward » ou comme enfants atteints d'un « arrêt de développement mental » — termes correspondant aux « Enfants arriérés » des écrivains français, aux « geistigzurück-geblibene » des Allemands, et aux « tardivi » des Italiens...... »

M. Shuttleworth rapporte trois cas concernant des enfants arriérés dont l'histoire fournit un argument en faveur de sa thèse et qu'il nous paraît inutile de relater ici.

*
* *

A la suite de la lecture et de la discussion du rapport, dont nous avons parlé plus haut, la Délégation cantonale du V[e] arrondissement a adopté le vœu suivant :

« *La délégation cantonale du V[e] arrondissement émet le vœu qu'il soit créé dans quelques-uns des arrondissements de Paris des classes spéciales pour les enfants arriérés n'offrant ni perversion des instincts ni accidents convulsifs.*

Le président de la Délégation cantonale, M. Mengé, a transmis ce vœu à M. le Préfet de la Seine qui l'a renvoyé pour examen à M. Carriot, directeur de l'enseignement primaire. M. Carriot, accompagné de M. Mayeux, a fait l'honneur de venir visiter le service le 11 avril.

Nous lui avons montré une partie des enfants que nous venons de vous faire voir. Après cet examen, il a conclu qu'il y avait lieu d'étudier notre proposition. Comme il s'agit là, Messieurs, d'une question qui intéresse à la fois l'Enseignement et l'Assistance, nous avons pensé qu'il était de notre devoir de l'exposer devant vous. Il est en effet naturel que la Commission de Surveillance et la Direction des affaires départementales soient représentées dans la Commission qui devra être nommée. En conséquence nous vous prions de bien vouloir adopter le vœu suivant :

La Commission de Surveillance des asiles d'aliénés du Département de la Seine émet le vœu qu'il soit créé, près des écoles de la Ville, des CLASSES SPÉCIALES *pour les enfants arriérés.*

On nous a reproché vivement, dans des circonstances récentes, d'avoir fait dépenser trop d'argent pour l'Assistance publique, c'est-à-dire pour les malheureux, à Paris et dans le Département de la Seine : nous signalons aujourd'hui un moyen de réaliser des économies tout en assistant, traitant et éduquant un plus grand nombre d'enfants.

Ce vœu a été adopté par la Commission de surveillance dans sa séance du 18 juin (1).

II.

LETTRE DE M. CARRIOT AU SUJET DE LA STATISTIQUE DES ENFANTS ARRIÉRÉS EXISTANT DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES DE LA VILLE DE PARIS. — RÉPONSE.

La visite que M. Carriot avait faite dans notre service, les exemples que nous avions placés sous ses yeux ont eu l'heureux résultat de le convaincre de l'utilité des CLASSES SPÉCIALES dont nous réclamons la création.

Il a pensé qu'avant de nommer la Commission qui serait chargée d'étudier l'organisation de ces classes, il convenait de dresser une *statistique des enfants arriérés* existant dans les écoles primaires de la ville de Paris. Pour l'aider dans l'élaboration de la circulaire qu'il se proposait d'adresser aux directeurs et aux directrices, il nous a demandé, par une lettre en date du 12 septembre, quelques renseignements complémentaires. Voici sa *Lettre* et notre *Réponse*.

*
* *

A M. le D[r] BOURNEVILLE, *médecin de la section des enfants arriérés de Bicêtre.*

Paris, le 12 *septembre* 1896.

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Dès la rentrée des classes, je voudrais faire procéder au récolement des enfants arriérés ou indisciplinés qui fréquentent les écoles de la Ville de Paris.

Ce travail, qui a été fait dans le V[e] arrondissement, n'a peut-être pas donné des résultats précis en raison de l'ignorance dans laquelle se trouvaient maîtres et maîtresses du sens exact médical, des mots *arriérés* et *indisciplinés*.

Pour que la nouvelle enquête à laquelle je me propose, d'ailleurs, d'associer les médecins-inspecteurs, offre toutes les garanties possibles, je désirerais que, dans la circulaire qui sera adressée aux maires avec les procès-verbaux de la Commission de surveillance

(1) *Pr*[illegible], 1896, p. 17[illegible].

des Asiles d'aliénés, se trouvât une définition de ces mots *arriérés* et *indisciplinés*, avec l'indication des caractères distinctifs et scientifiques de l'un et l'autre état. Je ne puis mieux faire que de vous prier de vouloir bien me faire connaître en quels termes doivent être rédigées ces définitions, afin d'enlever au personnel enseignant toute incertitude.

Si, pour cette enquête, il vous paraissait nécessaire d'adopter une autre classification, je vous serai reconnaissant de m'en prévenir.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, la nouvelle assurance de mes sentiments les plus distingués et dévoués.

L'inspecteur d'Académie, Directeur de l'Enseignement primaire du Département de la Seine.

CARRIOT.

*
* *

A Monsieur CARRIOT, *directeur de l'Enseignement primaire du département de la Seine.*

Paris, le 5 novembre 1896.

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Convaincu de l'utilité de *classes spéciales* pour les enfants des écoles primaires plus ou moins retardés dans leur développement intellectuel, ou encore sujets à une instabilité mentale qui les rend turbulents, indisciplinés, vous m'annoncez l'intention de faire procéder dans tous les arrondissements de la ville de Paris à une enquête analogue à celle qui a été faite dans les Ve et VIe arrondissements.

Pour cette nouvelle enquête à laquelle vous désirez, avec juste raison, associer les médecins-inspecteurs des écoles, vous me demandez de vous donner « une définition des mots *arriérés* et *indisciplinés* avec l'indication des caractères distinctifs et scientifiques de l'un et l'autre état ». Je vais essayer, autant que possible, de répondre à vos désirs.

Sous le nom d'**idiotie**, on désigne un état constitutionnel, physique, intellectuel et moral, dû soit à des troubles survenus pendant la vie fœtale ou au moment de la naissance, soit à des affections pathologiques surtout de la première enfance c'est-à-dire de la naissance à 7 ans, moins souvent de la seconde enfance, c'est-à-dire de 7 ans au début de la puberté (13 ou 14 ans).

L'*idiotie* est donc *congénitale* ou *acquise*.

Considérée dans son intensité, elle est *complète* ou *incomplète*, se rapprochant dans sa forme la plus atténuée de l'état de l'enfant normal le moins bien doué.

Dans toutes les variétés, l'idiotie peut être *simple* ou *compliquée* (paralysie, épilepsie, chorée, rachitisme, scrofule, etc.).

IDIOTIE COMPLÈTE, ABSOLUE ou *idiotie du premier degré*. — Marche, préhension, parole, attention nulles. Incapacité de s'aider en quoi que ce soit. Inconscience du besoin de s'alimenter, ou gloutonnerie avec absence du sentiment de la satiété. Écoulement permanent de la salive (bave) et des mucosités nasales. Excrétions involontaires. Accès de cris, tics multiples (balancements, grimaces, agitations des mains, etc.). Bien que les organes des sens puissent être intacts au point de vue anatomique, l'ouïe, la vue, l'odorat, le goût, le toucher semblent absents. Sensibilité générale très obtuse, d'où indifférence à la douleur, au froid et à la chaleur. Aucune connaissance de leurs parents, ni des personnes qui les soignent. Sans idée, sans parole, sans mouvement, les idiots de cette catégorie sont des êtres en quelque sorte végétatifs (1).

Idiotie profonde ou du second degré. — La *motilité* est moins atteinte que dans le premier degré. La *marche* est possible, parfois exubérante. La *préhension* se fait, mais d'une façon défectueuse, le pouce ne s'opposant pas ou s'opposant mal aux autres doigts.

L'*appétit* est exagéré ; le sentiment de la *satiété* fait défaut ; le goût est nul ou obtus, d'où la *salacité*. La *digestion* se complique parfois de *rumination*. Les *excrétions* sont involontaires.

La *parole* est nulle ou limitée à quelques monosyllabes ou à des syllabes répétées. Les *besoins*, les *déterminations instinctives* se traduisent plutôt par un *langage d'action* (cris de joie ou de douleur). Ces idiots reconnaissent assez souvent leurs parents, les infirmières qui s'occupent d'eux. Ils témoignent des préférences pour certaines personnes. Ils ont fréquemment des *aptitudes musicales*, retiennent d'emblée les airs qu'ils entendent et les chantonnent sans cesse, signe d'une mémoire au moins partielle. L'*attention* est fugitive ; ils regardent sans voir, entendent ce qui leur plaît et semblent absolument sourds pour les bruits ou les appels qui ne les intéressent pas. L'*odorat*, le *toucher* sont obnubilés ou indifférents.

Ces enfants n'ont aucune conscience du danger, et comme les idiots du premier degré, ont des tics très variés, sont destructeurs, rongent leurs ongles, se déchirent, se mordent ou mordent les autres, se livrent à l'onanisme, etc.

En résumé, vie végétative surtout, et vie de relation très bornée.

Ce qui différencie ce second groupe du précédent, c'est l'existence du mouvement, la marche et la préhension, qui les rend dangereux pour eux et pour les autres puisque le mouvement les expose à des accidents par suite de leur inconscience du danger, et expose les autres à subir les conséquences de leurs impulsions.

IMBÉCILLITÉ PROPREMENT DITE. — Les *facultés intellectuelles* existent mais à un degré très incomplet. L'*attention* est fugace, la *mémoire* peu active, peu sûre, la *volonté* sans énergie : ils veulent et ne veulent pas. Ils peuvent comparer, combiner ; toutefois ils s'élèvent difficilement à des notions générales et abstraites. Ils ont des idées, mais en petit nombre ; ils ne pensent et n'agissent que par autrui, bien qu'ils soient capables de quelques raisonnements.

Ils ont des *déterminations instinctives*, comme les idiots du second degré et y obéissent sans frein.

Parmi ces malades, il en est chez lesquels l'imbécillité se complique d'une *perversion des instincts*. Ils sont menteurs, querelleurs, paresseux, poltrons, entêtés, mobiles, incapables d'un effort soutenu. Ils ont des besoins sexuels auxquels ils cèdent sans retenue. Ne possédant qu'une notion vague du tien et du mien, ils ont des impulsions à voler, détruire, incendier, etc.

La *parole* existe, mais la *prononciation* est souvent défectueuse. Leur *langage* est borné, leurs phrases imparfaites, le verbe y est parfois absent ; ils parlent d'eux à la troisième personne. Ils peuvent remplir des *occupations* simples, uniformes, toujours les mêmes.

Ils ont des *sentiments affectifs*, souvent superficiels. La *sensibilité générale* est d'ordinaire émoussée. Les *sens* sont fréquemment intacts, mais peu délicats.

Imbécillité légère ou arriération intellectuelle. — Les *facultés intellectuelles*, considérées dans leur ensemble, existent mais sont *retardées*, notablement au dessous des facultés des enfants du même âge. L'*attention* laisse beaucoup à désirer, toutefois il est possible de la fixer, au moins pendant quelque temps : ce temps augmente si l'on varie les occupations intellectuelles. La *réflexion*, la *prévoyance* n'existent qu'à un faible degré. La *conception* est lente, la *mémoire* paresseuse : ils n'apprennent que par périodes.

Les *arriérés* ont des *penchants* particuliers, des *aptitudes* spéciales. Leur *intelligence* se manifeste principalement pour tout ce qui est relatif à ces penchants ou à ces

(1) [illegible] la vue de ces idiots, s'écria : « Il existe des bêtes humaines. »

aptitudes. On doit en profiter et s'en servir pour agrandir leur champ intellectuel. Parmi ces aptitudes, relevons les réparties piquantes, les saillies plaisantes, les manières joviales qui caractérisaient, par exemple, les malheureux qui remplissaient autrefois la fonction de *fou du Roi*. Ils ont des *sentiments moraux*, de la gaieté, de l'affection familiale. Ils possèdent à un certain degré la notion du devoir, l'esprit d'ordre.

Leur *regard* a peu d'éclat, mais ne fuit, ni ne se perd dans le vague. Le mouvement, la marche, la préhension la sensibilité générale, la sensibilité spéciale sont en général intacts. Au point de vue physique les arriérés offrent des *stigmates de dégénérescence* moins nombreux et moins prononcés que les imbéciles et surtout que les idiots.

Instabilité mentale. — Elle est parfois simple, constituant alors une variété distincte, mais est le plus souvent liée à l'*imbécillité*, à l'*arriération intellectuelle*, désignée encore sous le nom de *débilité mentale*.

Les *instables* ont une *mobilité physique* exubérante. Ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instant, sans motif. S'ils jouent, ils passent rapidement d'un jeu à un autre.

Leur *mobilité intellectuelle* n'est pas moindre. A peine ont-ils commencé à lire qu'ils veulent écrire ou compter, etc. Ils n'obéissent pas.

Il en est de même au point de vue du *travail manuel*. Peu après avoir débuté dans l'apprentissage d'une profession qu'ils ont eux-mêmes choisie, ils veulent en changer, essayant tour à tour, sans se fixer, une foule de professions.

Ils ont des *impulsions subites*, se sauvent de l'école, de la maison paternelle, errent durant un temps plus ou moins long, rentrent spontanément ou se font arrêter par la police. Ils sont prodigues de promesses, les font souvent de bonne foi avec l'intention, à ce moment, de les tenir et quelques heures ou quelques minutes plus tard, exécutent ce qu'ils venaient de promettre de ne plus faire.

Imbécillité morale. — Les enfants ou les adolescents de ce groupe peuvent posséder des facultés intellectuelles intactes, être les égaux des enfants de leur âge, appartenir à la même classe, avoir leur certificat d'études, etc. Leur défectuosité intellectuelle en tout cas ne constitue qu'un caractère secondaire. Les stigmates de dégénérescence physique sont même quelquefois tout-à-fait absents.

L'imbécillité morale, de même que l'idiotie, reconnait pour cause l'hérédité, l'alcoolisme, mais elle est aussi due souvent à l'incapacité, à la brutalité, à l'immoralité des parents.

Elle peut s'annoncer par des cauchemars, des accès de colère, des caprices irraisonnables, inaccoutumés, des périodes de bouderie, survenus après une maladie fébrile ordinaire, accompagnée ou non d'accidents cérébraux (délire, convulsions, etc.), ou à l'occasion d'une croissance précoce avec développement rapide de la puberté. A l'inverse des imbéciles intellectuels, ils devancent sexuellement leur âge : d'où des impulsions génitales qui les rendent dangereux.

L'*instabilité* et la *perversion des instincts* caractérisent au premier chef l'imbécillité morale.

L'*instabilité mentale* se présente chez eux avec les caractères que nous avons précédemment décrits et sur lesquels il est inutile de revenir.

Quant à la *perversion des instincts*, elle offre les traits suivants : la *conduite* de ces malades est inexplicable, en désaccord avec leur état antérieur et avec le milieu dans lequel ils vivent ; ils sont désobéissants, en révolte contre toutes les conventions sociales, récalcitrants à toutes les remontrances, à toutes les prières, aux témoignages d'amitié, aux encouragements, aux récompenses, aussi bien qu'aux punitions. Ils se laissent aller à des mensonges intentionnels, soutenus avec entêtement. Ils sont souvent crédules à l'excès envers ceux auxquels ils s'abandonnent et qui les dominent.

Les *sentiments affectifs* sont émoussés ou nuls, ce qui est dû parfois à l'indifférence coupable des parents. Ils sont sujets à toutes les impulsions mauvaises : vols, incendies, destructivité, cruauté envers les animaux, envers leurs camarades plus faibles, etc. Ils éprouvent du plaisir à la vue de la souffrance ; aiment voir couler le sang ; sont en général durs pour eux-mêmes bien qu'ils soient égoïstes.

L'imbécillité morale se complique quelquefois d'*alcoolisme*, d'*épilepsie*, de *folie*, de *perversions sexuelles*.

Le **traitement médico-pédagogique**, là aussi, doit s'appuyer sur le peu qui reste de sain et s'en servir de base pour corriger les défectuosités morales et, s'il y a lieu, les imperfections intellectuelles.

Les enfants atteints d'*idiotie* au *premier* et au *second degré*, les enfants affectés d'*imbécillité morale* doivent être hospitalisés. Il en est de même, au moins au début de la création des classes spéciales, des enfants frappés d'imbécillité proprement dite.

Ces classes nous paraissent devoir être consacrées aux enfants atteints : 1° d'*imbécillité légère* ou *arriération intellectuelle* ; — 2° d'*instabilité mentale* sans perversion des instincts) ; — 3° elles recevront aussi, plus tard, venant des services hospitaliers spéciaux, les enfants idiots et imbéciles qui auront été améliorés et jugés aptes à profiter de ces classes.

J'espère, M. le Directeur, que les définitions ou mieux les tableaux en raccourci qui précèdent, malgré leur insuffisance, pourront aider les directeurs et les directrices des écoles primaires municipales dans le travail de statistique que vous avez l'intention de leur confier et que bientôt vous aurez des renseignements intéressants à fournir à la Commission chargée de concourir avec vous à la création de classes spéciales pour les *enfants arriérés* et les *enfants instables*.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

Bourneville.

*
* *

Nous aurions hésité, Messieurs, à vous parler de nouveau de la création de ces *classes spéciales* si M. Le Roux ne nous avait engagé à y revenir. C'est que, en sa qualité de directeur des affaires départementales, il connaît tous les besoins du service des aliénés et que pour leur donner satisfaction, il convient de recourir à tous les modes d'assistance et de traitement. Cette préoccupation est également l'une de celles qui vous assaillent. L'idée que nous vous soumettons aurait l'avantage de maintenir, ou de renvoyer d'ici et des autres services analogues, dans leur famille un nombre considérable d'enfants, tout *en les traitant et les éduquant*, et aussi de diminuer dans une certaine mesure les charges du département.

Nous osons espérer, Messieurs, que vous vous joindrez à tous ceux qui, déjà, ont reconnu l'utilité de la réforme que nous examinons et que vous y associerez le Conseil général en lui faisant désigner quelques-uns d'entre vous pour la Commission qui ne manquera pas d'être nommée prochainement.

Votre ancien collègue,

Bourneville.

10 décembre 1896.

Université de Strasbourg. — L'Université de Strasbourg, en Alsace-Lorraine, a célébré récemment par des fêtes qui ont duré plusieurs jours, le 25e anniversaire de sa fondation. L'empereur a envoyé au recteur une chaîne d'or, qui se transmettra aux recteurs futurs en mémoire de l'empereur Guillaume Ier.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La suppression de la thèse de Doctorat en Médecine.

On sait que, dans ce journal, nous avons toujours réclamé la suppression de cet examen, antique et solennel, qui s'appelle la thèse de doctorat en médecine ! N'est-il pas aussi vieux jeu d'ailleurs, que le fameux Ordre des Médecins, qu'on n'inventera pas, quoi qu'on fasse ? — Nous n'insistons pas.

Mais, en ce qui concerne la fabrication des thèses par les médecins des hôpitaux de Paris, nommés au concours, nos lecteurs non initiés ne liront pas sans intérêt la note ci-dessous, signée de notre compatriote et excellent ami Chevallereau, ancien interne des hôpitaux, le distingué rédacteur en chef de la *France Médicale*.

... Pourquoi d'ailleurs chercher à nier une chose que tout le monde sait fort bien : un bon nombre d'étudiants font faire leur thèse et quelques *internes des hôpitaux* tirent de là des revenus sérieux. J'en ai, pour ma part, commis un certain nombre autrefois ; c'était même très agréable pendant l'internat de gagner en quelques jours une somme de deux à quatre cents francs. J'ai même souvenance d'un *chef de service*, quelque peu original il est vrai, qui, pour charmer ses loisirs, réunissait, dans un cabinet attenant à la principale salle de son service, quelques Moldo-Valaques, auxquels il dictait leur thèse. Il avait même fait placer sur la porte de ce cabinet cette enseigne très suggestive : *Fabrique de Thèses*.

Que conclure de tout cela ? D'abord que l'on pourrait bien, sans inconvénient, supprimer la thèse inaugurale. Oh ! assurément. Je le regretterais pour ceux de mes collègues d'internat qui se livrent actuellement à cette utile industrie ; mais la science n'y perdrait pas grand'chose. Cette mesure serait cependant insuffisante : les étudiants qui font faire leur thèse sont quelquefois des jeunes gens fort intéressants, pressés de prendre une situation qui va leur échapper ; mais le plus souvent ce sont des individus ou paresseux ou mal doués, qui, ayant été refusés plusieurs fois à chaque examen, arrivent à un âge où le travail leur devient de plus en plus difficile et sont tout aises de pouvoir au moins acheter le dernier examen qui leur reste à subir.

Il est navrant d'être obligé d'avouer qu'un imbécile quelconque peut toujours, avec du temps et de la persévérance, arriver à être docteur en médecine. Et nous trouvons notre profession encombrée ! M'est avis que si une bonne loi *interdisait de se représenter à ceux qui auraient déjà été refusés trois fois à un examen quelconque*, ou mieux encore plaçait à l'entrée des études médicales quelque examen éliminatoire sérieux, il y aurait moins, assurément, de docteurs en médedecine, ce qui ne serait peut-être pas un grand mal, et ils vaudraient mieux, ce qui serait sans doute un remède à un bon nombre de maux réels dont souffre notre profession.

Parfait. Mais à condition d'avoir des jurys d'examens absolument impartiaux. Or, pour obtenir ce desideratum, il faudrait bouleverser bien des choses. Il serait urgent de créer d'abord un *corps d'examinateurs spéciaux*, comme à l'Ecole Polytechnique, examinateurs n'ayant pas le droit d'exercer l'art médical. Sans cela, on retomberait dans les injustices et les passe-droits actuels. Si l'on ne peut ou ne veut bien faire, et d'un seul coup, il est inutile de révolutionner. Une Révolution ne s'explique et ne peut se faire pardonner que par ses résultats...

Pourquoi diable s'obstiner a tout faire, à tout tenter contre le Progrès, à arrêter la marche obligée des événements ? Malgré nous, les mœurs anglo-américaines nous envahissent, parce qu'elles sont pratiques, rationnelles, éminemment intelligentes, essentiellement humaines. Pourquoi vouloir toujours traîner après nous les dernières loques d'une civilisation gréco-latine, absolument usée ? Qu'on les laisse aux bibliographes de profession ! Puisque nous ne pouvons survivre que dans ces conditions, n'hésitons pas ; emboîtons le pas, au lieu de nous laisser devancer. Songeons à l'avenir et n'écrasons pas dans l'œuf ceux qui travaillent pour nos petits neveux ! Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 juin 1897.

Action des Rayons X sur la rétine.

M. G. Bardet affirme l'action controversée jusqu'alors des rayons X sur la rétine. Mais pour que le phénomène se manifeste, il faut que le sujet se trouve dans l'obscurité absolue, et séparé de la bobine et du tube par un mur en planches, le bois étant perméable aux rayons X. De plus, les murs du cabinet noir où se tient le sujet doivent être tendus d'épais rideaux noirs, et surtout ne pas être peints, un grand nombre des couleurs devenant fluorescentes par les rayons X. Dans ces conditions, un œil placé à quelques centimètres du champ d'action du tube ressentira une impression lumineuse assez vive, analogue à celle d'une personne devant les yeux fermés de laquelle on fait remuer une bougie. L'interruption du courant supprime le phénomène, qui se reproduit dès que le tube est ranimé. Si l'on tourne l'axe du tube de manière à diriger dans un autre sens les radiations, le phénomène disparait. Tous les milieux qui laissent passer les rayons X (carton, plaque d'aluminium) permettent au phénomène lumineux de se produire, tandis qu'il est empêché par les milieux opaques à ces rayons (écran de fer, de cuivre ou de plomb). Une plaque de verre également interposée, diminue fortement la luminosité.

Sur un cas très grave de dermatite consécutive à deux applications de rayons X. Pathogénie et traitement.

M. Apostoli. — Il s'agit d'un très vaste sphacèle de la paroi abdominale qui, en février dernier, mesurait encore 17 cm., 7 sur 13 cm., 6 et était consécutive à deux applications de rayons Rœntgen, faites à Dublin les 22 et 28 mai 1896.

Voici les conclusions sommaires que l'examen de ce cas permet de formuler : 1° l'application des rayons X peut provoquer, dans certaines circonstances, une *dermatite* avec *névrite* consécutive plus ou moins grave, caractérisée soit par un érythème simple, soit par une escarre plus ou moins profonde pouvant intéresser la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané ; 2° cette dermatite, variable suivant son siège (peau, ongles, poils), variable aussi suivant l'état constitutionnel du sujet en expérience, est assimilable sous plusieurs rapports à une brûlure électrique ordinaire et présente, comme cette dernière, les mêmes caractères généraux d'*asepsie*, *d'apyrexie*, *d'évolution très lente* vers la réparation, et *d'intensité à peu près égale dans toute son étendue* ; 3° cette dermatite est toujours le résultat d'une faute opératoire commise soit, et avant tout, par le rapprochement trop grand de la peau du tube de Crookes, soit par la durée trop longue d'une séance unique, soit enfin par des séances trop multiples et trop rapprochées ; 4° le Dr Apostoli propose comme traitement efficace de cette dermatite rebelle le courant électrique, qui devra comprendre les modes suivants, que l'on pourra associer à intensité et à durée variables, suivant les indications cliniques : a) l'effluvation statique simple qui, par son action directe et locale, aidée de son influence

générale, hâte le travail de réparation et de cicatrisation des ulcères ; *b*) l'application polaire d'un courant galvanique, ou mieux d'un courant ondulatoire, pour accélérer la chute de l'escarre et favoriser ainsi l'action topique et trophique ultérieure de l'effluve statique ; *c* l'action générale d'un courant de haute fréquence (par le lit condensateur) destiné, comme l'a montré le Pr d'Arsonval, à relever le coefficient de la nutrition générale, et à apporter à l'économie un supplément de force et de vitalité.

Action thérapeutique locale des courants à haute fréquence.

M. Oudin. — Par action locale, j'entends l'application sur un point déterminé des téguments, peau ou muqueuses, d'une électrode communiquant avec les bornes de l'appareil, le corps du patient étant relié soit à l'autre pôle, soit plus simplement à la terre. Dans ces conditions, la région sur laquelle on opère, et même le malade tout entier, sont soumis à des oscillations extrêmement rapides ; et de toute la surface du corps, on peut, en approchant la main, tirer des étincelles. Dans les affections cutanées deux éléments essentiels entrent en jeu, l'élément trophique et l'élément infectieux : les courants de haute fréquence agissent également bien sur ces deux éléments. L'élément nerveux est profondément modifié, puisqu'on voit toujours et très rapidement disparaître les démangeaisons, et que les variétés franchement nerveuses de séborrhée se modifient avec la plus grande rapidité. D'autre part, l'action parasiticide est incontestable, car toujours, après une ou deux séances, on voit se flétrir et disparaître le molluscum contagiosum dont la nature parasitaire est indiscutable. J'ai vu aussi une guérison complète d'une large plaque de lupus traitée isolément chez un malade qui en était couvert alors que les autres continuaient leur évolution. J'ai en bonne voie de guérison un autre malade atteint de lupus hypertrophique, beaucoup plus actif que le lupus vulgaire. J'ai obtenu de la même façon des guérisons relativement rapides de pelade. Quant à l'action trophonévrotique sur les muqueuses, elle me semble démontrée par un cas de leucoplasie buccale très ancienne, qui avait résisté à toute espèce de traitement et qui a été guérie en quelques semaines. En résumé, on peut demander aux courants de haute fréquence une action locale de même ordre que celle qui est donnée par la franklinisation, mais, à mon avis, plus active et plus rapide.

La forme saprophytique de la tuberculose humaine et de la tuberculose aviaire.

MM. Bataillon et Terre. — Nous avons isolé d'une tumeur de la carpe un bacille évoluant très bien à la température ordinaire, et présentant les réactions du bacille de Koch. Certains faits nous portant à le considérer comme une tuberculose transformée ; nous avons tenté la réalisation expérimentale du même changement. Des carpes ont été nourries avec des viscères de cobayes tuberculeux. Au bout de huit à neuf jours les bacilles pullulaient dans le foie et, après un passage de onze jours sur la grenouille, nous avons réussi à les isoler à la température ordinaire, identiques, morphologiquement, à ceux que nous avions décrits. Ajoutons que trois cobayes, injectés à la cuisse avec la pulpe de foie de carpe qui fourmillait de bacilles, sont en parfaite santé, après plus d'un mois, et n'ont pas gardé trace de l'inoculation. Pour éliminer une action possible des sucs digestifs, nous avons procédé à l'inoculation intra-péritonéale de tuberculose humaine virulente : même résultat. Parallèlement, des inoculations ont été faites sur deux lots de grenouilles isolées, avec les tuberculoses humaine et aviaire. La tuberculose humaine paraît résister beaucoup moins sur la grenouille et nous n'avons pu réussir jusqu'ici à isoler des cultures. Mais nous avons obtenu de très beaux développements avec la tuberculose aviaire après un passage de quinze jours. Aucun caractère morphologique ne nous permettait de distinguer ces colonies de celles fournies par la tuberculose humaine ayant passé sur la carpe. Ainsi, la forme que nous avons décrite nous paraît être une forme saprophytique de la tuberculose, forme à laquelle on pourrait revenir par passage sur les animaux à sang froid, aussi bien avec la tuberculose aviaire qu'avec la tuberculose humaine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 juin 1897. — Présidence de M. Dupuy.

M. Ch. Richet présente une note de MM. Langlois et Athanasiu sur l'*effet des injections d'eau chaude* dans les veines. Avec l'eau à 95°, l'arrêt du cœur ne se produit pas immédiatement et la température du muscle cardiaque peut s'élever jusqu'à 55° sans que la mort survienne.

M. Giard dépose une note sur les caractères morphologiques de *deux cochenilles du caféier.*

M. Emile Berger résume ses observations sur l'*anesthésie oculaire par l'holococaïne.* Les doses sont très faibles, l'action anesthésiante beaucoup plus durable qu'avec la cocaïne ; enfin l'irritation de l'épithélium cornéen est bien moindre, ce qui diminue les chances d'infection de l'œil.

M. Mestchnikoff fait une importante communication sur la *sécrétion des antitoxines* par les êtres vivants. L'organisme des animaux supérieurs sécrète des antitoxines ; le fait est depuis longtemps établi. Mais ce qui était important à savoir, c'est la constatation générale du fait pour tous les êtres vivants. Le crocodile, animal à sang froid, possède un sérum très antitoxique et détruit les toxines sans réaction fébrile de sa part ; la poule, animal à sang chaud, agit de même. D'autre part, les bactéries parasites, telles que le bacille mésentérien, sécrètent des substances antitoxiques. Il s'agit donc là d'une propriété de réaction générale à la nature vivante.

M. Mestchnikoff dépose une seconde note en son nom et au nom de M. Surion sur les *formes flagellées du parasite du paludisme*, l'hématozoaire de Laveran. En étudiant les formes à flagella, certains auteurs : Zakaroff en Russie, Labbé en France, ont pensé que la présence de chromatine nucléaire dans ces flagella et la disparition concomitante des noyaux indiquaient un état de dégénérescence du parasite. Mais l'étude des coccidies vivant normalement dans le sang de la salamandre, du triton, du lapin même, permet d'y trouver les mêmes formes avec la même répartition de la chromatine dans un stade de l'évolution du parasite qui semble très actif.

Il faut donc en conclure que les flagella ne sont pas les analogues des cils vibratiles ordinaires, mais à cause de leur charge en chromatine ; des organes spéciaux se développant à un moment donné sur les individus mâles de l'espèce. Il faut en conclure surtout que les différents stades du parasite de Laveran sont superposables à ceux des coccidies du sang et que ce parasite n'est par conséquent autre chose qu'une coccidie.

M. Feré a traité progressivement par les *vapeurs d'alcool éthylique* un certain nombre d'*œufs en incubation*, et obtenu une proportion de 6,4 0/0 d'éclosions normales. Il en conclut que l'accoutumance de l'organisme aux toxiques peut être considérable.

M. Lapicque a tenté de mesurer l'*élimination du fer par la muqueuse intestinale*, et a constaté, chez le chien, qu'elle se traduisait par des chiffres très faibles. Mais ses animaux étaient opérés, traumatisés, et il ne donne ces chiffres qu'à titre de renseignement préalable.

De l'action du chlorhydrate de morphine sur le tétanos.

M. J. Babinski. — J'ai observé un fait clinique et quelques faits expérimentaux relatifs à l'action du chlorhydrate de morphine sur le tétanos qui me paraissent dignes d'être relatés. Voici d'abord le fait clinique.

Une femme âgée de 44 ans, faisant depuis près de vingt ans usage de chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées, contracte le tétanos, vraisemblablement à la suite d'une injection pratiquée avec une seringue ou un liquide contaminé. Cette affection a commencé à se manifester par du trismus qui a apparu brusquement pendant que la malade était à table. Le même jour, elle a senti de la raideur dans les membres inférieurs et de la dif-

ficulté à se tenir debout. Ces troubles ont été en s'accentuant. Deux jours après [illegible] contractées. La malade entre à l'hôpital quatre jours après le début de l'affection. On constate immédiatement à l'entrée une contracture très prononcée des membres inférieurs avec une notable exagération des réflexes tendineux et l'épilepsie spinale, une légère raideur des membres supérieurs, de la contracture des muscles de la région cervico-dorsale avec renversement de la tête en arrière, du trismus et de la contracture des muscles de la face. Une heure environ après le premier examen la malade est prise d'un accès de dyspnee très intense et de secousses spasmodiques douloureuses des membres inférieurs et des membres supérieurs. La température est de 38° c. Ces paroxysmes se reproduisent plusieurs fois dans la journée. La malade prend, dans les vingt-quatre heures, 6 grammes de polybromure et 4 grammes d'hydrate de chloral en lavement et on lui injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané 35 centigrammes de morphine. Le lendemain, légère amélioration. On continue le même traitement, après plusieurs alternatives en bien et en mal, les troubles s'atténuent. Le quatrième jour après l'entrée l'amélioration est déjà très nette; la malade peut ouvrir un peu la bouche, la raideur des jambes est moindre, les accès de dyspnée ne se reproduisent plus. Deux semaines après l'entrée la malade est en état de se lever et de marcher. La guérison ne paraît complète qu'au bout d'un mois. A ce moment tous les troubles dépendant du tétanos, y compris même l'epilepsie spinale, qui jusqu'alors avait persisté, ont complètement disparu.

Est-ce à l'usage de la morphine, que nous avons pu injecter à forte dose en raison de l'accoutumance de la malade à ce médicament, qu'il faut attribuer la guérison dans ce cas? la morphine a-t-elle au moins contribué à la guérison? Certes il est impossible d'être affirmatif à cet égard, mais c'est là une hypothèse tres soutenable. On sait, du reste, que le médicament a été préconisé contre le tétanos. Quoi qu'il en soit, l'observation m'a conduit à pratiquer des expériences relatives à l'action du chlorhydrate de morphine sur le tétanos. Ces expériences sont faites sur des cobayes; elles sont en cours d'exécution; je vais indiquer les premiers résultats obtenus.

Première expérience. — (3 cobayes). Le 26 janvier 1896, on fait une injection sous-cutanée à chaque cobaye d'une goutte d'une solution de toxine tétanique. L'un des animaux sert de témoin. Aussitôt après l'injection de la toxine, on injecte dans le tissu cellulaire de l'un des deux autres cobayes 3 centigr. 33 de chlorhydrate de morphine et le lendemain 5 centigrammes; il meurt le 29, 69 heures après l'injection de la toxine. Le 27, on injecte au troisième cobaye 3 centigr. 33 de chlorhydrate de morphine; il succombe le 29, 69 heures 1/2 après l'injection de la toxine. Le cobaye témoin était mort le 28, n'ayant survécu que 45 heures.

Deuxième expérience. — (6 cobayes). Le 8 juin 1897, on fait une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine à 4 cobayes (3 centigr. 6 par animal), puis on injecte dans le tissu cellulaire de ces 4 cobayes et de 2 cobayes témoins une solution de toxine tétanique (1 4 de centimètre cube par animal). Le 9, l'un des témoins meurt, 31 heures après l'injection de la toxine, le 10, l'autre témoin meurt, 43 heures après l'injection de la toxine. Les autres cobayes, dont trois avaient encore reçu, le 10, 4 centigr. 8 de morphine par animal, succombent au bout de 47 h., 48 h. 1 2, 50 h. et 52 heures.

Troisième expérience. — (6 cobayes). Le 11 juin 1897, on fait une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine à 4 cobayes (4 centigr. 8 par animal), puis on injecte dans le tissu cellulaire des 4 cobayes et de 2 cobayes témoins une solution de toxine tétanique (1/4 de centimètre cube par animal). Les deux tmoins meurent le 14, au bout de 61 h. et de 61 h. 1 4. Des quatre autres cobayes, qui ont reçu quotidiennement 4 centigr. 8 de morphine chacun, deux sont morts le 14, l'un presque en même temps que les témoins, l'autre 5 h. 1/2 plus tard; le troisième a vécu jusqu'au 18, ayant survécu 191 h. 1/2 à l'injection de la toxine; le quatrième enfin était en parfait état aujourd'hui 19, à midi, et n'avait encore présenté aucun signe de tétanos. L'action retardante du chlorhydrate de morphine sur le tétanos ressort nettement de ces expériences. Il paraît même vraisemblable que ce médicament peut, dans certaines circonstances, exercer une action curative. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 *juin* 1897. — Présidence de M. Caventou.

Résection bilatérale du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique.

M. Reclus présente une observation très intéressante de cette opération, faite par son assistant, M. Faure. De chaque côté, on réséqua environ six centimètres du sympathique cervical. Les résultats ont été très bons. L'aide qui tenait le pouls au moment de la section sympathique n'a rien remarqué d'anormal; rien non plus du côté de la face et du cou; l'exophtalmie paraissait aussi grande et la tuméfaction thyroïdienne aussi prononcée. Mais le soir déjà on notait quelques différences; le pouls était aussi rapide et battait 150, mais sa régularité était beaucoup plus grande, puis la nuit fut bonne et la malade remarque que, pour la première fois depuis dix ans, elle peut fermer ses paupières sur ses yeux moins saillants. Enfin, le pouls non seulement se régularise mais il est moins précipité et le lendemain matin il ne bat plus que de 100 à 120 à la minute. L'amélioration s'accentue les jours suivants : les battements du cœur sont bien moins violents, la sensation de chaleur s'atténue et la malade peut dormir plusieurs heures sans se reveiller en proie aux cauchemars. Au septième jour, le pansement est enlevé; la réunion est complète et l'on constate que le corps thyroïde a beaucoup diminué; il ne forme plus cette saillie pulsatile qu'il avait avant l'opération; le pouls est entre 80 et 100. Actuellement, au commencement de la troisième semaine après l'opération, l'état général est incomparablement meilleur : l'exophtalmie est beaucoup moindre et la malade peut fermer complètement les yeux; le goitre est à peine sensible et la circonférence cervicale a passé de 39 à 36 centimètres. On ne voit plus battre les vaisseaux de la région cervico-faciale, et le cœur, à chaque coup, n'ébranle plus la poitrine. Le pouls ne s'élève guère au-dessus de 50. Enfin, les tremblements des mains, les contractions fibrillaires des muscles, le fléchissement des jambes ont disparu; il en est de même des céphalalgies, des insomnies, des sueurs profuses et de la diarrhée. L'opérée se sent plus forte et son état général est vraiment transformé.

Traitement des anévrismes en général et de l'anévrisme de l'aorte en particulier par des injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse.

MM. Lancereaux et Paulesco ont, dans un cas d'anévrisme de l'aorte, fait, sous la peau de la fesse, une série d'injections de cinquante centimètres cubes d'une solution stérilisée de gélatine au centième mélangée d'une solution de chlorure de sodium au centième et maintenue à 37°. Douze injections ont été faites, les dernières à 150 centimètres cubes. L'anévrisme est moins volumineux, plus ferme, moins pulsatile.

Le traitement antirabique.

M. Brouardel discute de nouveau l'observation de paralysie au cours d'un traitement antirabique présentée par M. Rendu. Il croit l'action des toxines de la piqûre anatomique infiniment plus probable que celle des toxines antirabiques.

Traitement de la grossesse extra-utérine.

M. Pinard lit un rapport sur les deux observations de grossesse extra-utérine présentées par M. Routier et Tuffier. Voici ces conclusions au point de vue pratique. Dans la grossesse ectopique l'intervention doit avoir pour but l'extériorisation du sac, celle-ci se faisant par laparotomie ou par élytrotomie. A moins de cas exceptionnels on doit se borner à extraire le fœtus. L'extraction immédiate du placenta ne doit être tentée que quand le fœtus est mort depuis très longtemps, ou dans les cas où les parois du kyste n'existent pas. L'extirpation du sac ne doit être tentée que quand on a la certitude qu'il n'y a pas d'adhérences, ce qui est absolument exceptionnel. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 *juin* 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Extirpation du rectum pour cancer.

M. Quenu résume toutes ses communications antérieures et traite du traitement opératoire du cancer du rectum.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Richelot. — L'hystérectomie abdominale peut être

dirigée contre les affections des annexes. Il n'a rien abandonné de ses anciennes préférences pour l'hystérectomie vaginale ; mais, dans certains cas, où l'on a commencé par l'incision abdominale, au point de vue de la guérison définitive, l'ablation de l'utérus lui paraît presque indispensable, même par la voie abdominale. — Ce sont MM. Henri Delagénière, Monprofit, Pantaloni, qui, chez nous, l'ont défendue. Avec une bonne technique, l'hystérectomie abdominale totale paraît le complément naturel et obligé de l'ablation des annexes. La présence des poches purulentes rend la technique un peu différente. Après avoir détaché la séreuse antérieure, pincé les artères et ouvert le cul-de-sac antérieur, on renverse le col d'arrière en avant et on décolle le péritoine postérieur, et de bas en haut on ouvre ou on détache les poches purulentes annexielles, en plaçant des pinces sur les ligaments larges, et on peut arriver à avoir d'un seul bloc tout l'appareil utéro-ovarien. Mais la rupture peut avoir lieu et alors elle a lieu dans la partie pelvienne de l'abdomen, en dehors de la cavité péritonéale protégée par des compresses. Puis il ferme l'ouverture vaginale et pratique les sutures péritonéales, après avoir eu soin de drainer avec un gros drain.

M. Albarran présente une opérée. *Uretère surnuméraire s'ouvrant dans le vagin et à la vulve. Abouchement de l'uretère dans la vessie. Guérison.* M. B.

IIe CONGRÈS NATIONAL D'ASSISTANCE.

SESSION DE ROUEN (*suite*) (1).

Séance générale du 15 juin 1897. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr THULIÉ.

M. le Dr Giraud transmet au Congrès une dépêche de remerciements adressée de la Présidence de la République à M. Laurent, maire de Rouen : « M. le Président me charge de vous remercier des sentiments de sympathie dont vous avez bien voulu lui adresser l'expression au nom du Congrès national d'Assistance. »

M. Napias développe les conclusions de son rapport sur l'*organisation des crèches*. Il semble assez surprenant de prime abord, dit-il, que le nombre des crèches qui existent en France soit impossible à énumérer. On pourrait citer tel département dont la préfecture ne connaît pas le nombre de crèches qu'il contient. On sait pourtant qu'il y a en France 350 crèches pouvant contenir 14.000 enfants. C'est peu, et la situation de beaucoup d'entre elles est assez triste. L'honorable rapporteur a eu l'occasion de signaler celles où les enfants n'avaient qu'une éponge commune et l'eau banale d'un seau pour leur toilette, celles où les enfants mangeaient successivement avec la même cuiller, celles où on les couchait successivement dans le même berceau, celles où le lait était conservé sans précautions dans des vases ouverts, donné aux enfants dans des biberons à tubes, etc. Ces conditions s'améliorent un peu, mais il y a encore beaucoup à faire. Les crèches sont mises encore actuellement sous le régime du règlement du 30 juin 1862 dont certaines dispositions ne répondent plus aux exigences de la science. C'est pourquoi, en 1895, M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques de France a soumis à M. le Ministre de l'Intérieur le vœu d'approuver une proposition, tendant à saisir le conseil supérieur de l'Assistance publique de l'étude d'un projet chargé de donner des règlements nouveaux. Mais il va de soi que ces documents devront être commentés par des circulaires et des instructions et il n'est pas douteux que c'est dans une réunion telle qu'un Congrès d'Assistance, que chacun des articles du décret ou du règlement pourront être examinés en vue des interprétations qu'ils comportent et du développement qu'il faudra leur donner par voie de circulaire.

La réglementation nouvelle des crèches publiques et privées a fait l'objet de deux rapports de M. Napias et de M. Marbeau. Ce sont les conclusions de ces deux rapports qui sont présentées aujourd'hui à l'examen du Congrès. Elles ont surtout pour objet les questions de salubrité des crèches et portent principalement sur les points suivants : construction et aménagement intérieur ; ameublement, objets mobiliers à l'usage des enfants ; alimentation, service médical et recrutement du personnel. Elles comprennent les indications ci-après, considérées comme le minimum de prescription à insérer dans un règlement rendu par décret :

I. Les enfants reçoivent à la crèche, jusqu'à ce qu'ils puissent entrer à la salle d'asile ou qu'ils aient accompli leur troisième année, les soins hygiéniques et moraux qu'exige le premier âge. Dans les crèches à construire, le cube d'air des dortoirs ou des salles où se tiennent les enfants sera au minimum de 9 mètres par enfant. Si une crèche devait être installée dans un local déjà construit, le cube exigible ne sera pas inférieur à 8 mètres. En ce qui concerne les crèches existantes, si le cube d'air est inférieur à 8 mètres par enfant, le nombre des enfants devra être réduit. La surface par enfant dans les salles où ils se tiennent en dehors des heures de repos doit représenter un chiffre qui corresponde à 3 mètres superficiels par enfant. Les salles doivent être largement éclairées et aérées et pouvoir être convenablement chauffées. Indépendamment des locaux nécessaires au fonctionnement régulier : dortoirs, salle de jeux, salle d'allaitement, cuisine, etc., les crèches doivent toujours avoir une petite salle d'isolement. Nulle crèche ne pourra être ouverte avant que le préfet du département n'ait déclaré, après avis du Conseil d'Hygiène, que les locaux qui y sont affectés satisfont aux conditions indispensables d'hygiène. L'arrêté préfectoral qui autorisera l'ouverture d'une crèche fixera le nombre des enfants qu'on peut y recevoir.

II. Le mobilier des crèches doit être simple, facile à laver et à désinfecter. Les berceaux et lits doivent toujours être individuels. L'usage des biberons à tubes est interdit.

III. Dans chaque crèche, un médecin est responsable du service médical. Une visite médicale a lieu tous les jours. Le médecin s'assure de l'état de santé des enfants présents et prescrit l'isolement de tout enfant suspecté de maladie contagieuse. Il examine chaque enfant présenté à la crèche pour la première fois, s'assure qu'il est vacciné et, dans le cas contraire, procède à la vaccination. Le médecin dirige et surveille l'alimentation rationnelle des enfants en se conformant aux instructions de l'Académie de Médecine. Il rédige chaque année un rapport sur l'ensemble de son service suivant un mode uniforme arrêté par l'administration supérieure. Ce rapport sera joint au compte moral et financier de l'œuvre.

IV. Les crèches sont exclusivement tenues par des femmes. Nulle ne peut devenir directrice d'une crèche si elle n'a 21 ans accomplis et si elle n'a fait un stage d'au moins 3 mois dans une crèche bien tenue. Un médecin, désigné par le préfet, s'assurera qu'elle n'est atteinte d'aucune affection transmissible aux enfants.

M. Marbeau dit qu'il n'était pas venu au Congrès pour prendre la parole sur les crèches. Il dira seulement quelques mots. Il signale les difficultés que l'on a éprouvées pour constituer des crèches. Si l'on avait exigé la perfection que demande M. Napias on n'y serait pas parvenu. Même aujourd'hui, il ne faut pas entrer dans des dépenses trop considérables pour réaliser l'idéal des hygiénistes et que l'effort et la dépense dépassent les résultats obtenus. Au point de vue administratif, il faut autant que possible que les crèches soient privées, de préférence aux crèches municipales, dont la dépense est plus grande. Les crèches privées sont généralement mieux tenues. En second lieu, la crèche payante doit être préférée aux crèches gratuites. Au point de vue moral, il vaut mieux que la mère paie quelque chose pour son enfant. La rétribution à Paris est presque toujours 20 ou 25 centimes ; les crèches gratuites seraient l'objet d'une certaine méfiance aux mères qui doutent que leurs enfants puissent être bien soignés pour rien. Au point de vue de l'hygiène, l'orateur se déclare incompétent et il demande à M. Napias de ne pas être trop exigeant, même pour les chambres d'isolement. Il signale une crèche à Paris, située au quatrième étage, qui rend cependant des services. D'autre part des crèches bien conditionnées avec leurs accessoires : salles de bains, salle de stérilisation du lait, salles d'isolement, n'ont pour les enfants que des locaux trop petits.

M. Budin dit qu'il se limitera dans la question de l'alimentation de l'enfant. La diarrhée infantile qui fait tant de ravages, n'est pas due à la composition du lait de vaches, mais à la

(1) Voir le numéro précédent.

présence des microbes, la preuve est faite. Pour détruire les microbes, il faut stériliser le lait. Il cite les résultats obtenus par la stérilisation du lait. L'orateur a demandé à M. le Directeur l'autorisation de créer une consultation de nourrissons. Depuis 1892, il en est encore à trouver un cas de décès par diarrhée infantile. Il cite d'autre part des résultas obtenus à Grenoble par M. Berlioz et montre l'écart considérable entre la mortalité des enfants nourris au lait stérilisé et de ceux qui sont nourris au lait non stérilisé. Cette différence est à 45,9 pour 1.000 en faveur des enfants nourris avec le lait stérilisé : aucun enfant parmi ces derniers n'est mort des suites de diarrhée.

M. le Dr DUFOUR (de Fécamp) a fondé une institution appelée la *Goutte de lait*, dans le but de distribuer du lait stérilisé. Il a noté également des différences énormes dans la mortalité des enfants de la ville et de ceux qui ont été nourris avec le lait stérilisé de la *Goutte de lait*. Dans les crèches, des résultats semblables peuvent être obtenus; l'orateur en donne des exemples pris dans des statistiques établies dans certaines crèches. Toutes les preuves accumulées montrent que l'emploi du lait stérilisé fait disparaître la diarrhée. L'orateur s'élève contre l'addition d'eau que l'on fait au lait donné aux enfants; lui ne fait que donner du lait pur stérilisé et a constaté que les enfants le digéraient parfaitement. Il s'élève en même temps contre la suralimentation. Il termine en indiquant le moyen de faire des statistiques exactes et de déterminer si la marche du développement d'un enfant est normal en établissant des courbes dont il indique la nature.

M. NAVARRE dit qu'il est difficile à l'initiative privée de créer des crèches; si l'administration municipale ne prenait pas l'initiative, certains quartiers en seraient nécessairement privés L'avantage des crèches municipales consiste en ce que ceux qui les fondent ne disparaissent pas tandis qu'il peut n'en être pas de même pour les fondateurs de crèches privées. Il ne partage pas l'avis de M. Marbeau, disant qu'il préfère des crèches mal organisées à pas de crèche du tout. Les crèches privées ne se soumettent peut-être pas suffisamment aux exigences de l'hygiène. Il conclut à encourager de nouveau l'établissement de crèches municipales.

M. MARBEAU répond en citant le type qu'il voudrait voir établir; c'est une crèche, de l'initiative privée, où toutes les indications qui peuvent être données par l'administration soient parfaitement suivies.

M. NAPIAS dit qu'il importe peu que les crèches soient publiques ou privées, pourvu qu'elles soient bien tenues. Toute la question est de savoir s'il faut demander des crèches où les enfants ne meurent pas et qui inspirent confiance aux mères. C'est aussi une question de direction et de personnel.

M. LE PRÉSIDENT constate que tout le monde est d'accord et met aux voix le vœu que le projet élaboré par le Conseil supérieur de l'Assistance publique reçoive son application. Adopté.

M. NAPIAS a la parole sur les conclusions du rapport de M. Gibert. Il croit que la création de Sociétés de charité, la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose sont insuffisantes. L'orateur convient qu'il y a de mauvais bureaux de bienfaisance, mais ce n'est pas une raison pour les supprimer. M. Gibert dit qu'il se méfie de la collectivité et il propose de transférer à une autre collectivité les droits et les devoirs qu'il dénie à l'Assistance publique. L'orateur définit ce que c'est qu'un indigent; c'est le produit d'un certain nombre de causes : d'abord le chômage, sur lequel il présente des statistiques très intéressantes. Il y a les indigents volontaires, les vagabonds dont le nombre n'est peut-être pas aussi considérable qu'on le dit ; mais il y en a d'autres qui sont nés par exemple pour la maladie. Il n'admet pas que la collectivité se désintéresse de ces indigents. Il faut que le bureau de bienfaisance étende son action. La solution est dans la réforme méthodique des bureaux de bienfaisance.

M. André LEFÈVRE appuie les conclusions de M. Napias et s'élève contre la suppression de la charité officielle, demandée par M. Gibert.

M. GAUFRES trouve dans les vues de M. Gibert une part de vérité. Les secours officiels ont pour résultat d'affaiblir la volonté, l'énergie chez les indigents. Il faut ajouter à l'assistance matérielle une part d'action morale qui les relève. Il propose de voter les conclusions de M. Gibert en ce qui concerne l'hygiène et l'alcoolisme. Il propose d'émettre le vœu que les communes établissent des travaux de secours.

M. DROUINEAU dit que M. Gibert, en proposant d'étudier la question d'une Société de charité au Havre, nous met dans une situation fâcheuse ; il propose de voter des conclusions qu'on ne peut rejeter. S'il ne combat pas ces conclusions, il combat le rapport. M. Gibert détruit les asiles de nuit. Mais par quoi les remplacer? On aura toujours des nomades à qui il faudra l'assistance. Si l'on supprime les asiles de nuit, il faudra les remplacer par quelque chose d'analogue. Parmi ces nomades, il y a des ouvriers jeunes qui cherchent de l'ouvrage et qui sont estimables, et non pas uniquement des gens qui sont du ressort de la police. Ces ouvriers sont recueillis dans les asiles de nuit. Si on les supprime, quel mode d'assistance leur offrira-t-on ? En ce qui concerne la suppression des bureaux de bienfaisance, il partage les idées des précédents orateurs.

M. VAN BROCK émet un vœu en faveur de l'association de la charité publique et de la charité privée pour le plus grand bien de toutes les associations.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que c'est un vœu purement platonique.

M. HENROT croit que c'est une mauvaise chose de mettre en lutte l'Assistance publique avec l'Assistance privée; mais qu'il est du devoir des pouvoirs publics de donner des travaux comme il l'a fait souvent, étant maire de Reims, aux indigents, dans des circonstances extraordinaires.

M. Paul STRAUSS prend la parole pour dissiper un malentendu qui consiste à défendre l'Assistance privée que personne n'attaque. Mais nous sommes en présence des conclusions d'un rapporteur qui veut détruire l'Assistance officielle: c'est le vrai point de vue où se place le débat. L'honorable orateur dépose l'ordre du jour suivant, qui a été voté par le Congrès:

« Le Congrès, considérant que la collectivité a le devoir, sans préjudice de la bienfaisance privée, de fournir une aide efficace aux personnes valides qui se trouvent momentanément hors d'état de travailler, émet le vœu que les bureaux de bienfaisance soient organisés méthodiquement en vue de rendre l'enquête plus rapide et plus sûre, de combattre la mendicité professionnelle et de secourir les pauvres honteux. — *Signé* : Paul STRAUSS, NAVARRE, VAN BROCK, GAY, André LEFÈVRE, NAPIAS, Eug. PETIT, BRULEY. »

La séance est levée à 6 heures.

(*A suivre*). Albin ROUSSELET.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 17 juin 1897. — PRÉSIDENCE DE M. O. BEAUREGARD.

M. CROIZIER, interne des hôpitaux, présente et offre pour les collections de la Société, *deux photographies extrêmement curieuses d'un garçon de* 4 ans 1/2, originaire des environs de Melle (Deux-Sèvres). Ce sujet a grossi avec rapidité, et il est atteint d'un développement excessif du tissu adipeux, que rien n'a arrêté. Son corps en est difforme, très difforme. Cependant, toutes ses parties participant proportionnellement de l'enflure générale, l'aspect n'est point maladif. La figure a même une expression qui surprend. Elle est plutôt sérieuse, et les traits réguliers sont presque ceux d'un garçon de 15 ans, intelligent et grave. Il est certain que le système nerveux central a participé au développement prématuré de l'ensemble du corps. D'ailleurs, de l'enquête faite sur sa famille, il résulte que ni ses parents, ni ses ascendants, tant du côté de son père que du côté de sa mère, ne présentent ou n ont présenté d'affection quelconque en rapport avec son cas. En un mot, il n'y a rien de pathologique dans son hérédité. M. Croizier énumère plusieurs cas semblables qui ont été antérieurement signalés. Tel est celui d'une fillette de 7 ans, que ses parents, qui vivaient de sa monstruosité, maintenaient très grasse en la nourrissant de farineux. Tel est celui d'une autre fillette qui, à 10 ans, pesait 80 kilos. Tel est encore celui d'un poupon de 8 mois qui, en décembre dernier, pesait 19 kil. 500. M. Croizier fait un rapprochement entre ces sujets, ces monstres, et les femmes obèses de l'Orient. Ce rapprochement n'est pas fondé. Les juives de Tunisie, les levantines, sont soumises à

un engraissement artificiel, en vue du mariage. Cette pratique est répandue au loin, dans la région nilotique, chez les Wakambas, etc. On a dit que c'est aussi pour leur engraissement et afin de favoriser le développement des parties sexuelles, que s'est établi en Chine, l'usage de mutiler les pieds des femmes.

M. D'AULT DU MESNIL donne lecture d'un rapport sur les *collections rapportées de Russie* par M. de Baye et qui sont exposées au musée Guimet. Ces collections ethnographiques très importantes, ont trait surtout au passé préhistorique de la région orientale de la Russie, de la Volga à l'Oural, et de la Sibérie occidentale. Elles confirment l'existence de tribus humaines quaternaires, contemporaines du mammouth, entre Tomok et Krasnojarsk, dont l'industrie est comparable à celle du Moustiers. Beaucoup de pièces rapportées des environs de Kazan, attestent l'existence dans ce pays, d'une longue époque néolithique qui, comparée à la nôtre, est archaïque pour ses formes et récente quant au temps. Des objets de bronze sibériens, certains, comme les couteaux servant de monnaie, prouvant l'existence de relations avec la Chine.

M. PIÉTREMENT communique une note sur le *cheval chez les Aryas*.

M. LETOURNEAU revient sur la question des *signes alphabétiformes de certains dolmens de Bretagne*. M. Piette reconnaît entre ces signes et ceux qu'il a relevés sur les galets coloriés de cavernes des Pyrénées, des relations qui démontreraient leur grande ancienneté. Dans sa pensée et celle de M. Letourneau, ils auraient constitué des signes symboliques en usage chez les populations du pourtour de la Méditerranée, avant la création des plus anciens alphabets. M. Davelay montre qu'il y a entre eux et certaines lettres de l'alphabet phénicien, une ressemblance étroite. Et c'est surtout cette circonstance qui frappe M. Zaborowski. Z.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : Dr PAUL-BONCOUR.

IV. — La Bronchite chronique simple chez les enfants; par René FROUIN. — Thèse de Paris, 1897.

IV. — L'auteur passe en revue les différentes opinions qui ont trait à la bronchite chronique des enfants. L'étiologie de cette affection n'a rien de remarquable : le terrain sur lequel évolue la bronchite en forme surtout la caractéristique. L'influence exercée d'une façon prépondérante par le tempérament scrofuleux a fait ranger cette forme de bronchite sous le nom de bronchite scrofuleuse. Or, ceci peut entraîner une confusion. On a voulu séparer la bronchite des enfants de celle des vieillards qui serait un produit de l'arthritisme; c'est une distinction fausse. Frouin, s'appuyant sur l'autorité de MM. Legendre et Germain Sée, les confond dans une seule et même classe. Le lymphatisme des enfants devient du neuro-arthritisme chez les adultes.

Les observations de la thèse montrent que les antécédents familiaux des bronchitiques sont entachés d'arthritisme. Il y a à ce sujet une remarque fort judicieuse. Certains ouvrages décrive une bronchite asthmatique. Les deux affections coexisteraient facilement. Frouin pense que les rapports admis communément de l'arthritisme et de la bronchite chronique des enfants ne légitiment pas la création d'un type primordial de bronchite asthmatique. C'est une simple variété de la bronchite chronique chez les enfants entachés d'arthritisme. Le début de l'affection n'a rien de particulier. A sa période d'état voici les signes spéciaux : en premier lieu l'état général est curieux, c'est le facies double, floride et cachectique, qui frappe par le contraste et reste inexplicable. La toux se fait par quintes et surtout au réveil et pendant la nuit. L'expectoration manque. Les symptômes fournis par l'auscultation sont essentiellement variables, mobiles, changeants.

Au sujet d'une complication, Frouin rejette l'avis de M. Comby. Ce dernier considère l'emphysème comme un type morbide n'appartenant pas à la pathologie infantile. Or, l'auteur de la thèse écrit « l'emphysème n'est pas l'exception, il est la règle », comme dans toute affection soit aiguë soit chronique où il y a distension des alvéoles, par suite emphysème.

A l'appui il cite des opinions compétentes (M. Jules Simon, Baginski) et des observations personnelles. Les formes de la maladie sont la forme sibilante, la forme asthmatique et la forme crépitante.

V. — Considérations sur la température axillaire chez les enfants, principalement sur la valeur de petites élévations au dessus de 37°; par le Dr MARINESCU (de Bucharest). — *Revue des maladies de l'enfance*, avril 1897.

V. — Dans cette communication l'auteur raisonne et tire des conclusions en se basant sur des faits qui n'apportent aucune valeur à la théorie qu'il veut soutenir, mais qui est vraie néanmoins. Par exemple, le Dr Marinescu dit : « Les oscillations thermiques qui dépassent 6 ou 8 dixièmes de degré tout en restant comprises dans les limites physiologiques 36°,5, 37°,5 souvent ne sont que des poussées fébriles... » Or, comme l'indique le titre même de la communication, l'auteur ne s'est occupé que de la température axillaire. De plus, les recherches qu'il a faites ne portent que sur des enfants, dont l'indocilité n'a rien de nouveau. La température axillaire est même plus difficile à prendre chez ces derniers. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'il conclue que « des ascensions thermiques à 37°, 37°,1, 37°,2 comprises d'ailleurs dans les limites physiologiques de la température normale ne sont en réalité que de petites poussées fébriles ». Une température rectale eût été certainement au-dessus de la température normale. Cette question d'interprétation écartée, il est évident qu'il faut tenir compte de la marche de la température suivant qu'on a affaire a tel ou tel enfant. A la suite des maladies infectieuses, la température infantile est constamment abaissée, et le malade se trouvant dans des conditions tout autres, il faut lire la courbe thermique d'une façon toute différente. Cette façon d'agir donne en effet des indications importantes et est « révélatrice d'un état pathologique ou bien d'une complication quelconque survenant en pleine convalescence ».

Cette opinion est depuis longtemps celle de mon maître M. Jules Simon. Et à propos des pleurésies qui succèdent à la pneumonie, il pense, comme je l'ai du reste consigné dans ma thèse, que si la température au lieu de rester aux environs de 36°, comme cela doit être normalement, monte à 37°, à 37°,2 ou 37°,5, il y a lieu de soupçonner un nouvel état pathologique. Naturellement il ne s'agit dans ces derniers cas que de la température rectale.

VI. — La varicelle du larynx. Laryngite suffocante varicelleuse; par MM. MARFAN, médecin des hôpitaux, et Jean HALLÉ, interne des hôpitaux.

VI. — Dans cette communication on voit que la varicelle peut se localiser sur la muqueuse laryngée comme elle se localise sur les muqueuses buccale, pharyngée ou oculaire. La laryngite varicelleuse est précoce et survient avant la manifestation interne ou tout au moins peu de temps après. Ce point est important à connaître, car on élimine ainsi les laryngites qui peuvent dépendre d'une infection secondaire. Anatomiquement parlant la laryngite accompagnant la varicelle est caractérisée par de petites ulcérations. La muqueuse est le siège d'une hypérémie plus ou moins intense et plus ou moins étendue. « Les deux ordres de lésions expliquent les deux formes cliniques qui trahissent l'existence de l'exanthème laryngé. » Cliniquement on observe une laryngite avec sténose permanente simulant le croup diphtérique, ou bien il existe seulement des spasmes de la glotte. Les deux formes peuvent être mortelles et sont justiciables de la trachéotomie ou du tubage. Le sérum antidiphtéritique n'est d'aucun secours à moins que la diphtérie ne se complique de la varicelle.

VII. — Ueber medicamentöse Behandlung von Darmcatarrhen des Sænglings alters (*Des médicaments employés dans le catarrhe intestinal chez les nourrissons*); par HOCK (de Vienne), 1896.

VII. — L'auteur passe en revue les différentes médications employées dans le cas de diarrhée. En premier lieu il cite le simple régime diététique, qui peut suffire, mais auquel il faut souvent ajouter l'acide chlorhydrique, la pepsine, la papaïne, les antiseptiques, les astringents, la résorcine. Les teintures de ratanhia, de cachou donnent de bons résultats, mais le Dr Hock

met au-dessus de tout l'emploi du tanin seul ou associé aux différentes méthodes qui précèdent. En modifiant la dose, suivant l'âge de l'enfant, on obtient une action prompte, une diminution des selles en vingt-quatre heures et au bout de trois jours les selles ne sont plus muqueuses. Dans cette notice se trouvent relatés un certain nombre de faits qui ont été traités et qui tous se sont terminés assez rapidement. L'auteur en terminant insiste sur la nécessité d'augmenter la dose dans les diarrhées tuberculeuses. Dans les dyspepsies aiguës l'acide chlorhydrique et la diète restent les procédés de choix.

P. BONCOUR.

BIBLIOGRAPHIE

Conditions hygiéniques actuelles de Beyrouth (Syrie); par le Dr BOYER, professeur de thérapeutique et d'hygiène à la Faculté française de Beyrouth. — Lyon, Al. Rey, édit., 1897.

M. le Dr Boyer a fait, en 170 pages, l'étude hygiénique de la ville de Beyrouth en Syrie et de ses environs. Après une description topographique de la ville et de ses environs, où l'auteur indique plus les travaux d'édilité indispensables à la ville que ceux trop rares qui ont été effectués, M. Boyer aborde la critique de la maison et du vêtement en Syrie. L'influence européenne tend d'ailleurs de plus en plus à s'implanter et à doter les habitants de Beyrouth de constructions et de costumes analogues à ceux de toutes les grandes villes d'Europe.

Les conditions climatériques : température, vents, pluie, pression atmosphérique, etc., sont assez favorables sauf de juillet en octobre, où la température de serre humide, supportable pour un adulte bien portant, met la plupart des habitants aisés dans l'obligation d'émigrer dans la région montagneuse.

L'alimentation des Beyrouthins est l'objet d'un long chapitre. Au point de vue des eaux potables, Beyrouth est presque totalement alimentée par l'eau du fleuve du Chien, captée à 4 kilomètres de l'embouchure dans une vallée déserte. Cette eau est conduite dans un aqueduc souvent non couvert dans des bassins de filtration près de la mer, mais souvent en été lorsque l'eau du fleuve est limpide, la Compagnie des Eaux néglige la filtration. La distribution de ces eaux se fait au moyen de pompes dans les conduites fixées en plein soleil aux murs extérieurs des maisons. L'eau s'échauffe donc en été jusqu'à 30° et 32°.

M. Boyer fait ensuite la nosographie de Beyrouth. Le paludisme, les conjonctivites granuleuses, les embarras gastriques et la tuberculose pulmonaire sont les maladies les plus fréquentes. La fièvre typhoïde et les fièvres éruptives y sont relativement rares.

Les maladies vénériennes sont assez fréquentes bien que la prostitution soit surveillée. La syphilis ne donne pas lieu ordinairement à des accidents très graves. La diphtérie est très rare. La lèpre si fréquente à Jaffa et à Jérusalem est exceptionnelle à Beyrouth. Le choléra a visité Beyrouth en 1821, 1844, 1865, 1875 et 1882. La ligne de Mzérib qui ramène à Damas les pèlerins de La Mecque est la voie d'introduction la plus menaçante à l'heure actuelle. La peste n'a pas encore fait son apparition dans la ville.

Beyrouth est pourvu d'un lazaret, de trois hôpitaux civils (hôpital français, hôpital des Chevaliers de Saint-Jean, hôpital grec orthodoxe) et d'un hôpital militaire. Ces hôpitaux seraient insuffisants pour une population de 120.000 habitants, si les Syriens ne considéraient comme un véritable déshonneur le séjour dans un hôpital.

J. NOIR.

Recherches sur l'activité de la diastole ventriculaire, ses causes, son mécanisme et ses applications; par L. GERME, Paris, 189?. — G. Masson, éditeur.

Ce travail, dû à un savant érudit, ancien professeur à l'École de Médecine d'Arras et connu pour plusieurs publications sur la physiologie du cœur, est destiné à démontrer que la diastole des cavités cardiaques est non pas un acte purement passif, mais qu'elle constitue un phénomène actif capable d'influencer d'une façon notable la circulation à distance, plus ou moins loin du cœur.

Ce n'est point sur l'étude anatomique que l'auteur se base, puisqu'on n'a pu constater encore un système défini de fibres musculaires dilatatrices du cœur. C'est sur l'étude physiologique et expérimentale, montrant que l'aspiration provoquée par la diastole exerce une action très intense, facile à évaluer au manomètre. L'étude clinique est basée sur la constatation de la dilatation plessimétrique des cavités cardiaques au moment de la diastole, coïncidant avec l'activité du courant dans les jugulaires.

Cette œuvre originale sera lue avec un réel intérêt par les physiologistes et surtout par les médecins qui s'occupent spécialement des affections cardiaques.

La fièvre jaune, sa propagation et son traitement; par le Dr M. BARRETO. — Saint-Paul (Brésil), 1896.

L'habitat du cryptococcus de Freire ou de la torula de Lacerda est bien le sol chargé de matières organiques en fermentation. Leur invasion dans l'organisme humain se fait par l'air et par l'eau, c'est-à-dire par le poumon ou le tube digestif. Les villes les plus éprouvées sont celles où n'existent ni égouts, ni drainages, et celles où l'eau potable arrive par des canalisations contaminées sur leur parcours. L'auteur regarde la lésion rénale précoce comme le principal agent de gravité de la maladie. Il faut se garder de combattre les vomissements muco-bilieux de la première période, qui jouent le rôle d'émonctoire par substitution fonctionnelle. Il n'en est pas de même des vomissements noirs de la période suivante qui, avec les autres hémorragies, épuisent le malade par ischémie et favorisent l'explosion des troubles ataxo-adynamiques de la fin encore dus à une localisation cérébrale de l'urotoxhémie. La néphrite aiguë infectieuse est donc le principal élément à combattre par des sangsues sur la région lombaire, de grands bains chauds de 10 minutes, la diète lactée absolue, prolongée pendant la convalescence et jusqu'à guérison complète, enfin des injections de sérum antistreptococcique contre l'infection aiguë du rein. A l'intérieur sulfate de quinine et teinture d'eucalyptus.

F. BOISSIER.

Médication et Médicaments cardio-moteurs; par A. ESPINA Y CAPO. — 2e édition. Madrid, 1893. Vol. in-18, reliure souple.

L'auteur établit d'abord la classification des agents cardiomateurs et étudie la base de leur action accélératrice, modératrice ou régulatrice. Les uns agissent sur le cœur lui-même directement ou par l'intermédiaire du système nerveux, cardiomoteurs *centraux directs* et *centraux par action nerveuse;* les autres agissant seulement sur les vaisseaux et les capillaires n'influencent le cœur que secondairement : cardio-moteurs *périphériques* divisés aussi en *périphériques directs* et *périphériques par action nerveuse.* Une étude remarquablement claire et pratique de la physiologie et de la pathologie générale du cœur termine cette première partie. La seconde contient l'exposé le plus richement documenté de tous les médicaments cardio-moteurs sans exception avec leur mode d'action physiologique, toxique et thérapeutique ; indications, contre-indications, mode d'administration, dosage, variétés, etc., depuis les caféiques jusqu'aux émissions sanguines et aux médicaments auxiliaires, tels que les iodures, les bromures, la nitro-glycérine, etc. La troisième partie étudie la médication cardio-motrice selon les lésions fonctionnelles aiguës, chroniques des tuniques et du parenchyme cardiaques. Voir notamment le chapitre Asystolie. Avec une exacte mise au point de la question, ce livre contient des aperçus personnels et nouveaux d'un haut intérêt.

F. BOISSIER.

HYGIÈNE DU BEURRE ET DE LA MARGARINE. — Le *Journal Officiel* du 17 avril 1897 renferme le texte de la loi concernant la répression de la fraude dans le commerce du beurre et la fabrication de la margarine.

MAISON DE CONVALESCENCE AU HAVRE. — Le Conseil municipal du Havre, revenant sur une décision antérieure, vient d'accepter un don de cent mille francs, offert par M. Kerdick, armateur, à charge par la ville de construire une maison de convalescence pour les malades pauvres. Ce don avait été d'abord refusé comme trop onéreux pour la ville.

VARIA

Les pharmaciens de 2e classe de la marine.

On signale la situation vraiment digne d'intérêt des pharmaciens de 2e classe de la marine qui, dans l'état actuel du cadre, sont susceptibles d'arriver à l'âge de la retraite sans pouvoir être promus au grade supérieur. Le dernier des pharmaciens de 2e classe, nommé à la première, avait treize ans de service dans son grade, qui correspond à celui de lieutenant et est attribué à la sortie de l'Ecole supérieure de médecine navale de Bordeaux; les deux pharmaciens de 2e classe qui le suivent immédiatement ont plus de onze ans de grade, et, comme aucune vacance normale n'est à prévoir avant 1902, ils compteront près de dix-sept ans de grade au moment de leur promotion. Pour ceux qui les suivent, l'avancement sera encore plus lent. La durée du stage dans les grades assimilés est beaucoup moindre dans les autres corps militaires; il est de sept ans dans les corps de l'armée de terre, de six ans et demi dans les corps coloniaux et il ne dépasse pas huit ans dans le moins favorisé des autres corps de la marine. La situation des pharmaciens est donc exceptionnelle et appelle l'attention sur ces auxiliaires précieux qui, comme chimistes, rendent d'importants services à toutes les branches de l'activité maritime. On se souvient, en effet, que c'est à un pharmacien qu'on doit la solution de la question des piqûres des tôles des torpilleurs dans l'arsenal de Toulon. On ne saurait songer, pour améliorer cette situation, à augmenter l'effectif des grades supérieurs; l'amélioration ainsi produite ne serait que momentanée. Le moyen qui semble répondre le mieux aux desiderata des intéressés serait, par analogie avec la mesure qui a été prise pour diminuer le temps passé dans le grade de sous-lieutenant, de limiter à un certain nombre d'années le temps de service comme pharmacien de 2e classe, temps après lequel la promotion au grade supérieur se ferait de plein droit, qu'il y ait ou non des vacances. Les intéressés demanderaient que la période de service fût fixée à dix ans, période supérieure de deux ans au maximum constaté dans les autres corps. L'augmentation de dépenses entraînée par l'adoption de cette mesure n'atteindrait pas 2,600 francs par an.

La nouvelle façon de concevoir la pratique de la Médecine.

On se rappelle qu'il y a quelque temps nous avons signalé ici même la façon très intéressante dont quelques Américains comprenaient désormais l'exercice de l'art de guérir (c'est bien le cas de dire l'*art de guérir* et non l'*art de soigner*).

Or, l'idée semble faire son chemin. M. de Nansouty, dans le *Temps*, y a consacré une colonne très sympathique. Le *Cosmos* a aussi attiré l'attention sur cette manière de voir très originale, dont nous croyons devoir nous faire le défenseur et le propagateur, à une époque aussi remarquable que la nôtre pour l'encombrement de notre profession.

Voilà que M. le Dr Morice, dans son excellent journal la *Gazette des Eaux*, revient à son tour sur le sujet et y insiste.

« Dans l'application de ce système on paye pour se bien porter, dit-il, et non pas pour geindre dans un lit en absorbant de désagréables remèdes. *C'est, en vérité, une conception fort engageante.* Le médecin devient essentiellement *préventif*, au lieu d'être le plus souvent curatif, et l'on serait tenté d'entrevoir une heureuse conciliation de l'hygiène et de la médecine sur ce terrain nouveau. » (*Gazette des Eaux*, n° 1989). M. B.

Un nouveau cas d'audition colorée.

M. A. Grafé (de Liège), d'après la *Revue de Médecine*, rapporte une nouvelle observation intéressante. Chez Mlle St..., la voyelle *a* évoque l'image du noir, *i* celle du rouge ou du rouge grenat. Les autres voyelles ne s'associent à aucune couleur, les consonnes non plus. Le timbre de la voix qui prononce les voyelles *a* et *i* exerce une certaine influence sur la nature de cette couleur, surtout sur celle du rouge : si c'est une voix masculine, la couleur devient plus foncée ; une voix de femme, au contraire, lui donne une tonalité plus claire. Ces images n'ont rien d'hallucinatoire; elles ne se projettent donc pas sur le fond de son champ visuel; elles ne recouvrent pas les donnés de la vue et ne se mêlent point à celles-ci. Pour obtenir ces phénomènes, il faut que les deux sons *a* et *i* soient émis à haute et intelligible voix, soit par d'autres personnes, soit par Mlle St... elle-même. Quand celle-ci se contente de penser auxdits sons, elle ne découvre pas les couleurs concomitantes, ou ne les voit que très faiblement. Enfin, quand elle lit ces lettres en passant, ou les rencontre dans le cours d'une phrase, aucune sensation de couleur ne surgit; il en va de même quand ces voyelles se présentent à elle écrites ou parlées, dans n'importe quelle combinaison de mots, de syllabes et de phrases. L'auteur se demande en terminant si l'on ne pourrait pas profiter de cette disposition particulière pour procurer aux aveugles-nés des images colorées et aux sourds-muets des images auditives en profitant de la connexion qui, peut-être, subsiste chez eux entre ces deux sortes de phénomènes, ou plutôt entre les organes qui conditionnent respectivement l'une et l'autre de ces sortes de phénomènes.

Une collection d'onguents, de cosmétiques et de collyres anciens.

M. Friedel a mis récemment sous les yeux des membres de l'Académie des Sciences des échantillons de diverses matières trouvées par M. Amélineau dans des tombes fouillées par lui à Abydos (Egypte). M. Amelineau a attribué à ces tombes une très grande antiquité, puisqu'il les considère comme antérieures à la première dynastie. M. Friedel a signalé en particulier des substances en pains plus ou moins volumineux qu'il a reconnu être des matières grasses de natures diverses plus ou moins altérées par oxydation. Il a pu retirer des unes de l'acide palmitique, des autres de l'acide stéarique, qui était mélangé avec une proportion plus ou moins grande du glycéride correspondant. L'un des échantillons cédait à l'eau une petite quantité d'acides qui ont pu être reconnus comme appartenant à la série de certains acides caractéristiques, celle des composés que forme l'oxydation des matières grasses par l'acide azotique. L'oxydation lente par l'air paraît avoir agi là tout à fait de même. Dans un autre échantillon, présentant un caractère tout différent, on a pu reconnaître la présence de pépins de raisin. Ce devait être un gâteau au raisin. Pour celui-ci, la matière organique a été en grande partie brûlée; la calcination donne près de moitié de cendres. Un examen attentif fait par M. Guignard, le botaniste bien connu, de même que l'essai chimique, n'a pas permis de reconnaître la présence d'amidon, mais quelques petits grains ayant pu appartenir à une farine qui n'a pu être déterminée. M. Friedel a montré aussi de petits vases, les uns en marbre et en onyx, les autres en anhydrite gris-bleu, au fond desquels se trouve encore une petite quantité de galène pulvérisée mélangée avec une graine. C'était sans doute un *cosmétique* usité par les Egyptiens, comme le sulfure d'antimoine ou le *koheul* l'est encore par les femmes dans les pays orientaux. M. Berthelot a ajouté quelques mots à l'intéressante communication de M. Friedel. Il a rapporté que, lui aussi, a été appelé à différentes reprises à déterminer des matières contenues dans des vases découverts dans les hypogées d'Egypte. Outre les corps gras reconnus par M. Friedel, il a trouvé des « *collyres mous*, » des espèces de *pommades ophtalmiques* à base de sulfure de plomb, et quelquefois de sulfure d'antimoine. A son avis, comme à celui de M. Friedel du reste, ces recherches sont pleines d'intérêt.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 28. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Humbert, Peyrot Poirier. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Hayem, Marie, Widal. — (2e *série*) : MM. Fournier. Chauffard, Gaucher. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Jalaguier, Walther. — (2e *série*) : MM. Delens, Tuffier, Lejars.

Mardi 29. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) MM. Polaillon, Remy, Poirier. — 3e de fin d'année (Officiat) : MM. Hutinel, Letulle, Albarran. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Panas, Le Dentu, Hartmann. — (2e *série*) : MM. Guyon, Brun, Nelaton. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Proust, Chantemesse — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Pozzi, Schwartz. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Grancher, Charrin. — (2e *série*) : MM. Raymond, Gilbert, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Mercredi 30. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Delbet, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Marchand, Jalaguier, Broca. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Joffroy, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Jeudi 1er. — 2e de fin d'année (Officiat) MM. Raymond, Weiss, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Polaillon, Rémy, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Le Dentu, Maygrier, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Schwartz, Bar. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Proust, Dieulafoy, Andre. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Gilbert, Ménétrier.

Vendredi 2. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie.

(1re série) : MM. Delens, Humbert, Delbet. — (2e série) : MM. Peyrot, Jalaguier, Broca — (2e partie) : MM. Landouzy, Gilles de la Tourette, Wurtz. — (1re partie). Chirurgie : MM. Tillaux, Marchand, Lejars. — 5e de Doctorat (2e partie). (1re série) : MM. Potain, Netter, Widal. — (2e série) : MM. Chauffard, Gaucher, Thoinot. — (1re partie). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 3. — 2e de Doctorat (2e partie) : MM. Remy, Gley, Chassevant. — 3e de Doctorat (2e partie) : MM. Hutinel, Gilbert, Letulle. — 5e de Doctorat (1re partie). Chirurgie. (1re série) : MM. Quénu, Nelaton, Albarran. — (2e série) : MM. Polaillon, Schwartz, Hartmann. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Grancher, Ménétrier. — (1re série) : MM. Debove, Raymond, Achard. — (2e série) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Roger. — (1re partie). Obstétrique : MM. Tarnier, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI. — M. Baronaki. De l'emploi de la théobromine dans l'asystolie des vieillards. — M. Mercier. De l'uro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — M. Sotiroff. De la dilatation des bronches chez les enfants. — M. Sellerier. Considérations sur la pathogénie de la maladie de Basedow. — M. Ingelrans. Etude clinique des formes anormales du tabes dorsualis. — M. Magalhaes. Essai critique sur l'emploi du mercure dans la syphilis. — M. Marty. Du traitement de la sciatique rebelle par le hersage. — M. Poussin. Des hygromas hémorragiques chroniques de la bourse séreuse prérotulienne. — M. Testevuide. Traitement des gangrènes gazeuses dans les fractures compliquées. — M. Morin. Etude de la cystocèle crurale. — M. Royer. Nouvelles recherches sur l'insuffisance et le rétrécissement mitral spasmodiques. — M. Perret. Etude sur la suppuration pleurale des kystes hydatiques du foie. — M. Sibut. Du traitement du syphilome primitif et de l'influence de celui-ci sur le développement utérin de la maladie. — M. Levy. Des accidents nerveux au cours des arthropathies blennorrhagiques.

JEUDI 1er. — Mme Tacké. Traitement des maladies de cœur par la gymnastique suédoise. — M. Bourdicaud Dumay. Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité générale du sens musculaire et du sens stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale. — M. Rémiguard. Des récidives et des rechutes de la rougeole. — M. Savatier. De l'ostéomyélite typhique. — M. Boisumeau. Du diabète dit conjugal. — M. Guilbaud. La rétinite proliférante. — M. Fanton d'Andon. Etude sur l'emploi, en Amérique, du « Veratrum viride » dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. — M. Constans. Contribution à l'étude des principaux moyens destinés à évaluer le volume du fœtus de la cavité utérine. — M. Hamel. De l'hématurie essentielle. — M. Baudon. De la thoracotomie postérieure dans le traitement de la pleurésie purulente de l'enfance. — M. Milon. Contribution à l'étude de l'ictère chez les nouveaux-nés syphilitiques. — M. Charpentier. La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896 (Etude statistique et clinique). — M. Faraut. Contribution à l'étude de la séméiologie cardiaque. — M. Mérand. Des sarcomes rétropéritonéaux. — M. Tissot. Les lois du mouvement énergétique dans les muscles en contraction volontaire statique. Nouvelle méthode pour l'étude des phénomènes physico-chimiques de la respiration.

Enseignement médical libre.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'été (à partir du 4 mai) qui ont lieu à 10 heures 1/2 aux jours ci-après désignés : Mardi, M. Verchère (*Gynécologie*). — Jeudi, M. Julien (*syphiligraphie*). — Samedi, M. Ozenne (*vénéréologie*). — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Electrothérapie. — M. L.-R. REGNIER fait tous les mardis, à 4 h. 1/2, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité, des conférences sur les applications courantes de l'électrothérapie et de l'électrodiagnostic.

ENSEIGNEMENT POPULAIRE SUPÉRIEUR. — *Cours d'Hygiène sociale*. — La conférence pratique du dimanche 27 juin aura lieu à l'Ecole Estienne, 18, boulevard d'Italie, à neuf heures et demie très précises du matin. Les cours et les conférences sont publics.

ASSISTANCE A DOMICILE. — Le Conseil général des Hautes-Pyrénées, sur la proposition de M. Pedebidou, député, a opposé la question préalable à la proposition du Ministre de l'Intérieur sur l'organisation de l'assistance à domicile des vieillards et des infirmes incurables, « le Ministre, prétend le président du Conseil général, ayant rendu absolument inapplicable cette réforme si démocratique. »

FORMULES

XXXIII. — Stérilisation du catgut.

Voici les précautions que l'on prend, d'après M. Eug. Varenne, pour éviter que le catgut soit comme un chapelet de microbes au moment de son emploi. Les boyaux de mouton, macérés dans une solution alcaline, sont, tout d'abord, transformés en cordes, au moyen d'un métier quadrilatère de cordier, puis évaporés à 30 degrés centigrades dans une atmosphère d'acide sulfureux, enfin séchés, polis à la vaseline et livrés au commerce dans des bocaux d'huile phéniquée. M. Dumouthiers a préconisé la purification suivante. Les fils fins, nettoyés industriellement, sont immergés dans une solution d'eau oxygénée, qui les blanchit tout d'abord. Au bout de quarante-huit heures, on les plonge dans une solution de sublimé corrosif au 1/200, où ils séjournent quinze jours. L'endroit choisi pour filer les catguts est soufré pendant quarante-huit heures; les métiers sont lavés au sublimé, ainsi que les mains mêmes de l'opérateur ; puis on les soufre de nouveau, on les sèche, on les enduit de vaseline, on les enroule sur des bobines de verre, et on les passe dans une étuve sèche à 120 degrés. Voilà bien l'antisepsie ! Il est utile de conclure que le catgut, préparé dans ces conditions, est une matière essentiellement coûteuse.

XXXIV. — Mixture contre l'œdème des membres dans la maladie de Basedow (M. H. MACKENZIE).

Teinture de digitale.	7 grammes.
Teinture de belladone	4 —

Mêlez. — A prendre : dix gouttes trois fois par jour.

XXXV. — Mixture pour le traitement de l'angine streptococcique infantile (M. VON WIDERHOFER).

Teinture de Strophantus . . . . } Liqueur ammoniacale anisée. . . }	ää X gouttes.
Eau distillée	70 grammes.

F. S. A. — A faire prendre par cuillerées à café toutes les deux ou trois heures (pour enfants de dix à douze ans).

(*Sem. méd.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 juin au samedi 19 juin 1897, les naissances ont été au nombre de 1.119, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 422, illégitimes, 173. Total, 535. — *Sexe féminin* : légitimes, 370, illégitimes, 154. Total, 524.

MORTALITE A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 juin au samedi 19 juin 1897, les décès ont été au nombre de 842, savoir : 470 hommes et 372 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 0, T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 8, T. 15. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 5, F. 3, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 0, F. 3, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 110, F. 67, T. 177. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 7, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 7, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 29, T. 51. — Méningite simple : M. 9, F. 5, T. 14. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 23, F. 31, T. 54. — Paralysie, M. 1, F. 7, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 35, F. 37, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 1, T. 8. — Bronchite chronique : M. 8, F. 6, T. 14. — Broncho-pneumonie : M. 15, F. 13, T. 28. — Pneumonie : M. 17, F. 5, T. 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 17, F. 14, T. 31. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 10, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 14, F. 9, T. 23. — Sénilité : M. 8, F. 19, T. 27. — Suicides : M. 22, F. 10, T. 32. — Autres morts violentes : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres causes de mort : M. 74, F. 53, T. 127. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 90, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes, 22. Total : 55. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 15. Total : 35.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours est porté de trente-sept à trente-

huit. La nouvelle place sera comprise dans la section de chirurgie et réservée à la Faculté de médecine de l'université de Nancy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du Prosectorat.* — Epreuve pratique d'histologie : *Des différents éléments du tissu cartilagineux.*

Vacance de chaire. — La chaire d'Histoire Naturelle de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. CHANDELUX, agrégé libre, est appelé à l'exercice jusqu'au 31 octobre 1898, en remplacement de M. Curtillet, appelé à d'autres fonctions,

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par décret est admis à faire valoir ses droits à la retraite et est nommé professeur honoraire, M. DUPUY, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

LA FUTURE UNIVERSITÉ DE MARSEILLE. — Le Conseil municipal de Marseille a émis, ces jours-ci, un vœu en faveur de l'établissement d'une *Université* à Marseille.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS. — Un décret autorise l'Académie de Médecine à accepter le legs de 15.000 francs de Mme veuve Clarens, née Barbe-Constance Cabouat, destiné à la fondation d'un prix annuel. — Par contre, la Société de Chirurgie n'est pas autorisée à accepter un legs de 5.000 fr. de la même testatrice.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE BELGE. — Réunion annuelle et banquet le samedi 26 juin, à sept heures, dans la salle du Chien Vert, Bruxelles-Kermesse. S'adresser à M. le Dr Verhoogen, 10A, rue Montoyer.

HOPITAUX DE PARIS. — *Hôpital Broca.* — L'inauguration des nouvelles salles du service chirurgical de M. le Dr Pozzi à l'hôpital Broca, rue Broca, 111, aura lieu le mercredi 30 juin courant, à 10 heures du matin, sous la présidence de M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Le personnel secondaire de l'Assistance publique.—M. Puech a questionné M. le Directeur de l'Assistance publique sur l'amélioration des traitements du petit personnel de son administration au profit duquel le Conseil municipal a voté une somme de 200.000 francs ; il est surpris que la distribution n'en soit pas encore faite. M. Peyron a dit que, pour donner satisfaction aux désirs du Conseil municipal, une augmentation de crédit de 37.000 fr. est nécessaire ; il a proposé de prendre cette différence sur le crédit ouvert au budget pour les gratifications ; cette combinaison n'a pas été approuvée. Dans ces conditions l'augmentation des salaires ne peut être accordée qu'à partir du 1er mai, au lieu du 1er janvier. Le premier tiers de la somme de 200.000 fr. sera distribué immédiatement.

Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les Elèves internes en pharmacie pour l'année 1897-1898. — MM. les Elèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1897-1898, savoir : Pour MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième année, le vendredi 25 juin, à deux heures ; pour MM. les Internes de première année, le lundi 28 juin, à deux heures. MM. les Elèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La deuxième session de l'Association française d'Urologie aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, les 21, 22 et 23 octobre 1897, sous la présidence de M. le Pr GUYON. Deux questions ont été mises à l'ordre du jour : 1° des opérations qui se pratiquent sur le testicule et ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate. Rapporteurs : MM. ALBARRAN et CARLIER. 2° Des uréthrites non gonococciques. Rapporteurs : MM. ERAUD et NOGUÈS. — MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 *septembre* au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. DESNOS, secrétaire général, 31, rue de Rome. Pour tous les renseignements concernant l'Association, s'adresser au secrétaire général.

INAUGURATION DU MONUMENT DUCHENNE (de Boulogne). — L'inauguration du monument élevé à la mémoire de Duchenne (de Boulogne) aura lieu le dimanche 27 juin à l'hospice de la Salpêtrière, sous la présidence de M. le Ministre de l'Intérieur. On se réunira à l'hospice de la Salpêtrière, 17, boulevard de l'Hôpital, à 9 h. 1/2 précises. Le monument a été exécuté par M. Ch. Desvergnes, statuaire, avec le concours de M. G. Debrie, architecte.

LE RÉTABLISSEMENT DES TOURS. — La commission de la Chambre des Députés, sur le projet de M. Dulau relatif au rétablissement des tours, s'est constituée sous la présidence de M. Ernest Bérard, du Rhône. M. Joseph Reinach a combattu vivement le rétablissement des tours, comme une institution à la fois immorale et *antihygiénique*, et a soutenu la nécessité de généraliser, comme l'a demandé le Conseil supérieur de l'Assistance publique, les bureaux d'abandons, tels qu'ils fonctionnent à Paris, où ils ont été organisés par le Conseil municipal. C'est le tour moral — par opposition au tour matériel — ou boite. M. Reinach a proposé à la commission de procéder à une enquête auprès de l'Assistance publique pour s'entourer de tous les renseignements nécessaires. Après une discussion, à laquelle ont pris part MM. Dulau, Pédebidou, Dutreix et Tardif, cette proposition préliminaire a été adoptée.

LES SAGES-FEMMES DANS L'OISE. — Le syndicat des sages-femmes de France et les sages-femmes du département de l'Oise viennent d'adresser une pétition aux Députés pour leur demander d'intervenir dans des faits qu'elles exposent en ces termes. « Plusieurs sages-femmes du département de l'Oise, disent-elles, exercent l'art des accouchements, munies de diplômes obtenus par des moyens déloyaux et frauduleux. Ces femmes n'ont fait aucun stage, ni suivi aucun des cours prescrits par les règlements et exigés par la loi de l'an XI. Une de ces femmes est actuellement adjointe dans un hôpital d'une ville de l'Oise. » Une plainte ayant été déposée auprès des Ministres de l'Instruction publique et de la Justice pour leur demander l'annulation des diplômes décernés dans ces conditions, le Ministre de l'Instruction publique aurait répondu : « Qu'il constatait que des abus avaient été commis, qu'il prenait des mesures pour que tels faits ne puissent se renouveler ; mais qu'il ne croyait pas devoir poursuivre devant le Conseil d'Etat l'annulation des diplômes ainsi obtenus. » Les sages-femmes n'ayant pu obtenir l'annulation des diplômes délivrés déclarent recourir à la Chambre des Députés pour obtenir « que justice soit faite de ces honteux abus ».

MORT PAR LE CHLOROFORME. — On soignait, depuis quelques mois, à l'hôpital Trousseau, un tout jeune enfant, le petit Julien Sailly, qui était affecté d'un pied bot. Tous les massages étant restés sans résultat, on décida, ces jours derniers, de lui faire une opération. Pour éviter au malheureux bébé de trop grandes souffrances — la réduction du pied bot est, en effet, des plus douloureuses — on résolut de le chloroformiser. Mais l'administration du redoutable anesthésique détermina aussitôt de la suffocation chez l'enfant. L'opérateur, pour le sauver, pratiqua une incision au larynx, mais tout fut inutile, et le petit Julien était mort avant même que l'opération eût été commencée. Ce décès a causé un émoi légitime. Le Parquet, informé de l'accident par les parents de la petite victime, s'est même opposé à la célébration des obsèques, qui devaient avoir lieu, avant-hier. Une enquête est ouverte. A l'hôpital, on assure que la chloroformisation avait été faite dans des conditions normales et que l'on avait pris toutes les précautions usitées en pareil cas. (*Le Journal* du 19 juin).

LES CONSÉQUENCES D'UNE DÉCORATION. — M. Caplat, directeur de la maison départementale de Nanterre, vient de mourir. M. Caplat avait reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur au cours de la récente visite faite par M. Félix Faure, venu pour inaugurer la nouvelle Maison départementale de Nanterre. (*La Justice*, 22 juin 1897). — L'émotion, le contentement produit par la nomination de Chevalier de la Légion d'honneur, ont aussi été si vifs chez un architecte de l'Assistance publique, qu'il est mort subitement quelques jours plus tard, bien qu'il parut très vigoureux.

UN DUEL CHIRURGICAL. — Un duel, qui vient d'avoir lieu à Bonn, a produit un vif émoi dans cette ville. Deux médecins, assistants de la clinique chirurgicale, les Drs Reusing et Fischer, sont allés sur le terrain à la suite d'une altercation. Le Dr Reusing avait reproché à son collègue d'avoir été la cause de la non-réussite d'une opération chirurgicale. Le Dr Fischer, atteint en pleine poitrine, a été tué du premier coup. — Et nous sommes en 1897 !

ÉTUDES MÉDICALES MOUVEMENTÉES. — Un étudiant en médecine, M. Boryski, vient d'être reçu docteur à Varsovie à l'âge de 75 ans. Il avait pris ses premières inscriptions il y a cinquante-quatre ans ; mais le manque de fonds l'obligea pendant vingt ans à exercer le métier de précepteur, jusqu'à ce qu'il pût réunir assez d'argent pour continuer ses études. Il passa alors son premier examen avec succès ; mais à ce moment survint le soulèvement de la Pologne de 1863 et il se jeta avec enthousiasme dans le mouvement. Le soulèvement comprimé, Boryski fut exilé en Sibérie où il resta trente-deux ans condamné aux travaux forcés dans les mines d'argent. Gracié en 1895, il revint à Varsovie où il reprit le cours de ses études interrompues depuis 1863. Au bout de deux ans, il put passer ses derniers examens et s'établir enfin comme docteur à l'âge de 75 ans. Souhaitons que la clientèle ne soit pas trop longue à lui venir. (*France médicale.*)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Au nombre des diplômes délivrés à l'occasion du Jubilé par la reine d'Angleterre, sous forme de titres de baronet (titre de *sir* héréditaire), il faut signaler sir William Mac Cormac, président du College des Chirurgiens, et M. Samuel Wilks, président du College des Medecins.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société Médico-Psychologique se réunira, en séance ordinaire, le lundi 28 juin, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, n° 3. — *Ordre du jour* . 1° Rapports de candidature : MM. Legrain, René Semelaigne, Sérieux. — 2° Des asiles d'aliénés à portes ouvertes (*suite*) : MM. Christian, Toulouse. — 3° Rapport médico-légal : M. Guibert.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'Histoire Naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 27 juin 1897, à Fresnes, Antony et Robinson. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez vous, gare du Luxembourg, où l'on prendra à 10 h. 55 le train pour Berny. Les personnes qui voudront profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, devront verser le montant de la demi-place jusqu'à vendredi, au Laboratoire de Géologie, 61, rue de Buffon, ou samedi à la Galerie de Géologie avant 5 heures, dernier délai.

UN MÉDECIN RÉVOLUTIONNAIRE AUX PHILIPPINES. — M. le Dr Rizal, savant très apprécié aux Philippines, son pays d'origine, avait été exilé pour ses opinions politiques par les Espagnols. Ayant appris que les médecins étaient en nombre insuffisant à Cuba, Rizal, du lieu de son exil, sollicita, du général Blanco, l'autorisation de se rendre à Manille en qualité de chirurgien. Sous la garde du commandant de Mindanao, Rizal arriva en rade de Manille au moment même où l'insurrection recente des Philippines éclatait. Il se garda bien de descendre à terre, ce que ses ennemis espéraient; aussi leur rage fut-elle grande, lorsqu'ils apprirent que le capitan-général, fidèle à sa parole de soldat, avait délivré à Rizal un passeport pour Barcelone. A qui et à quoi attribuer le changement qui s'était produit dans l'esprit des ministres espagnols, faisant semblant de lâcher le prisonnier ? Il est aisé de le soupçonner, mais impossible de l'affirmer. Ce qu'il y a de certain, c'est que Rizal, en arrivant en vue des côtes d'Espagne, a été, sur un ordre qui coïncidait malheureusement avec le rappel du général Blanco et la nomination de son successeur le général Polavieja, débarqué à Barcelone, enfermé dans la forteresse de cette ville, puis, de là, conduit sous bonne escorte à bord d'un croiseur espagnol. M. le Dr Rizal est donc actuellement prisonnier en Espagne. — Peut-être a-t-on oublié que M. Rizal était un indigène des Philippines, de pure race indienne, et d'une intelligence peu commune ; qu'il lut, pendant le séjour qu'il fit en Europe, l'hôte du Grand-Orient de la rue Cadet, visiteur assidu de la Bibliothèque nationale, ainsi que de celles de Londres et de Berlin; qu'il est docteur ès lettres, docteur ès sciences, et *docteur en médecine* ; qu'il a publié divers ouvrages, dont l'un, *Noli me tangere*, dénonçant l'omnipotence des moines aux Philippines, lui a valu du clergé séculier de ces contrées la confiscation de ses biens, l'exil de ses frères, la persécution de sa mere et sa déportation à Mindanao, une terre où ce qui est Espagnol est menacé à chaque instant des musulmans fanatiques ! — Pauvre Rizal !

NÉCROLOGIE. — M. le Dr FISCHER (de Bonn), tué en duel par un de ses collègues, assistant de chirurgie. — M. le Dr BOIVIN, décédé à Versailles.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA MATERNITÉ (119, boulevard de Port-Royal). — M. le Dr P. BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité, leçons cliniques le samedi, à 3 h 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales.* — M. le Dr Auguste VOISIN, le jeudi, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. P. MARIE. *Maladies des vieillards et maladies nerveuses*, le mercredi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, consultation les jeudis, samedis et dimanches, de 8 h. à 9 h. — M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi à 9 heures. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE, samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1896. — Avec la collaboration de MM. METTETAL, J. NOIR, REGNAULT, RELLAY, VAQUEZ et BOYER. — Tome XVII de la collection, un fort volume de C-272 pages, avec 41 figures dans le texte et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

BÉRILLON (E.). — Les suggestions criminelles envisagées au point de vue des faux témoignages suggérés. Brochure in-8 de 5 pages. — Paris, 1896. — Chez l'auteur.

BIENFAIT (A.). — Comment l'alcool est toxique (origine des lésions matérielles d'origine alcoolique). Brochure in-8 de 11 pages. — Liège, 1896. — Imprimerie G. Faust.

BIONDI (D.). — Contributo clinico e sperimentale alla chirurgia del pancreas. Brochure in-8 de 29 pages. — Milano, 1896. — Librairie F. Vallardi.

CARASSO (G.-M.). — Nuovo contributo alla cura della tubercolosi polmonare con le inalazioni d'olio essenziala di menta. — Brochure in-8 de 47 pages. — Genova, 1896. — Etablissement unique Genoverc.

CASPER (L.). — Die diagnostiche Bedeutung des Katheterismus der Ureteren. Volume in-8 de 71 pages. — Berlin, 1896. — Verlag O. Coblentz.

CHOQUET (J.). — La photomicrographie histologique et bactériologique. Volume in-8 de 150 pages, avec 7 planches hors texte et 72 figures. — Paris, 1897. — Ch. Mendel.

CROCQ (J.-B.). — Pathogénie des névroses traumatiques. Brochure in-8 de 7 pages. — Bordeaux 1896. — Imprimerie G. Gounouilhou.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Nécrologie, Hôpitaux, etc.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

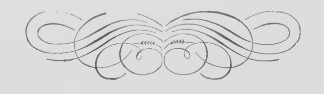
U

V

W

Y

Z



PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71.